

UIIMP

Universidad Internacional
Menéndez Pelayo



**EL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA MAYOR Y SU
APLICACIÓN PRÁCTICA EN UN CENTRO RESIDENCIAL.**

**Nombre del autor: INMACULADA GONZÁLEZ ALLENDE
Nombre del tutor: FERNANDO PINDADO GARCÍA**

INDICE

- 1. Resumen**
- 2. Introducción**
 - 2.1 Modelo de Atención Centrada en la Persona**
 - 2.2 El origen de la Atención Centrada en la Persona**
 - 2.3 Experiencias Internacionales y España**
 - 2.4 Justificación del Modelo de Atención Centrada en la Persona**
 - 2.4.1 Derechos**
- 3. Descripción del estudio**
 - 3.1 Ubicación**
 - 3.2 Características de la población**
 - 3.3 Casuística del centro**
 - 3.4 Medio Urbano y Medio Rural. Diferencias**
 - 3.5 Modelo de Atención Tradicional y Modelo de Atención Centrada en la Persona. Diferencias.**
 - 3.6 Personal del Centro**
- 4. Justificación del cambio de modelo en la Residencia “Virgen del Carmen”**
- 5. Proceso de cambio**
- 6. Resultados**
- 7. Conclusiones**
- 8. Bibliografía**
- 9. Anexos**

1. RESUMEN

Para iniciar el proceso de transición como hemos visto, es necesario que los profesionales cuenten con toda la información necesaria, y aparte de esa información la formación en muchos casos es importante y juega un importante papel.

No siempre, pero a veces y en función de cada circunstancia y cada momento, es positivo y enriquecedor contar con profesionales externos al centro para impartir formación, para esta situación concreta el *couching* sería un método de formación muy acorde a lo que se quiere conseguir.

A continuación, se analizarán variables que de acuerdo a la casuística del centro y las características del mismo son de especial interés:

-Posibles debilidades del grupo así como miedos/temores, donde se aborda la principal cuestión y que más preocupa. La confidencialidad dentro del marco del pueblo, remarcar que la información que gestionan y que recaban no debe salir del centro, ni comentar cuestiones privadas de residentes y/o problemáticas. El objetivo de este trabajo fin de máster es describir el nuevo modelo de Atención Centrada en la Persona a partir de una revisión bibliográfica y su consiguiente puesta en marcha a través de un proyecto de investigación realizado en una residencia de personas mayores en una zona rural. Se trata de un análisis detallado de todo el proceso que se requiere llevar a cabo para la implantación de este enfoque, desde el inicio hasta el final.

En primer lugar se hace una revisión teórica, donde se describe el modelo y el origen del mismo y a continuación las experiencias llevadas a cabo en el ámbito internacional y nacional, así como la situación de este modelo en los centros gerontológicos de nuestro país. Referencia a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otras normativas en cuanto a las personas mayores y una justificación del modelo, así como una especial atención a los derechos de las personas mayores diferenciando en los modelos de atención existentes a día de hoy.

En segundo lugar, se hace una descripción del estudio, teniendo en cuenta: su ubicación, las características de la población y la casuística del centro así como una breve mención a las diferencias entre el ámbito rural y el ámbito urbano en cuanto a centros residenciales dedicados a la atención de las personas mayores. Se trata de un punto importante y novedoso, ya que en pocas ocasiones se tiene en cuenta este aspecto así como las diferencias entre residentes pero principalmente entre los profesionales involucrados en el proceso de trabajo.

Se trata de un estudio práctico, que pretende plasmar a base de ejemplos, claros y muy concretos las diferencias entre los modelos y la defensa de la perspectiva de atención centrada en la persona. Se explica todo el procedimiento que se debe seguir, primero a través de un estudio de la situación actual para continuar con el proceso de transición de un enfoque a otro. Las herramientas de trabajo que aquí se explican aparecen como innovación para el centro, ya

que han sido diseñadas de forma muy personalizada y especialmente enfocadas a las necesidades y características del centro.

A modo de conclusión, se incluyen los resultados de una encuesta de valoración con el fin de conocer y evaluar los resultados del proceso, la implicación de los profesionales y su opinión al respecto junto con unas conclusiones finales a modo de reflexión.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Modelo de Atención Centrado en la Persona

En estos últimos años se observa un gran interés en los servicios gerontológicos de nuestro país hacia lo que se ha denominado la Atención Centrada en la Persona (ACP). Se opta por esta denominación como traducción del término *Person-Centred Care (PCC)*, acuñado desde hace varias décadas y que está siendo utilizado en diversos campos de intervención (Martínez, 2013)

Se trata de un eje estratégico reconocido de manera internacional desde hace décadas, para mejorar los servicios de salud, servicios de atención a personas con discapacidad y los servicios de larga duración, que se dirigen a personas en situación de dependencia y donde las personas mayores ocupan gran parte de este colectivo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce la estrategia de la atención integral y centrada en la persona como un eje claro para mejorar servicios de salud y de cuidados de larga duración, avanzar hacia servicios fragmentados e insiste en que muchos de ellos se encuentran estanca- dos en un modelos asistencial y paternalista. (OMS, 2015).

Aunque no hay un consenso único acerca de una definición sobre lo que es la Atención Centrada en la Persona, *The American Geriatrics Society Expert*, en el ámbito médico de la geriatría entiende la Atención Centrada en la Persona como un modelo en el que se contemplan los valores y preferencias individuales y que, una vez expresados éstos guían todos los aspectos de atención sanitaria para el logro de objetivos de salud y vida realista.

En el ámbito de la atención a las personas con discapacidad y personas mayores, es importante remarcar la acepción de Pilar Rodríguez, que define la Atención Centrada en la Persona como aquella que promueve condiciones en ámbitos de calidad de vida y bienestar de la persona para mejorar, partiendo del respeto a la dignidad de los derechos, a los intereses y preferencias y contando con la participación efectiva de las personas; tratando de ver minimizada su situación de fragilidad, discapacidad o dependencia, y al tiempo, poder desarrollar al máximo su autonomía personal para seguir llevando a cabo y controlando su propio proyecto de vida (Rodríguez, 2013).

Morgan y Yoder la definen a través de un enfoque holístico en la atención desde el respeto y la individualización, permitiendo la negociación, ofreciendo elegir en la relación terapéutica y empoderando a las personas para que se impli-

quen en las necesidades relacionadas con su atención (Morgan & Yoder, 2012).

Existe una gran variedad terminológica en lo que a la Atención Centrada en la Persona respecta, que tiene que ver en gran parte con el campo de aplicación donde ésta se ha desarrollado, incluso dentro de un mismo ámbito aplicado, los términos empleados adquieren matices diferentes.

En los ámbitos sanitarios (medicina, enfermería y terapia ocupacional) se habla mucho de paciente, aunque se está virando hacia el término persona con términos como “*Medicina Centrada en la Persona*” y con excelentes aportaciones, que pretenden humanizar la salud mediante una atención dirigida por la persona enfatizando en el componente de la autodeterminación, y entendiendo que el concepto “persona” es mucho más coherente con este enfoque que reconoce a la persona como sujeto activo y lo sitúa en el centro del proceso. (De Silva, 2014)

En el terreno de la discapacidad se utiliza el término de “*Planificación Centrada en la Persona*”, que también busca acentuar el objetivo clave del desarrollo de la autodeterminación en quienes, a pesar de presentar necesidades de apoyo, siguen teniendo derecho a ejercer control sobre su propia vida y a desarrollarla en un contexto normalizado y no segregador. En el campo de la discapacidad, ha sido enfocada como una metodología que busca facilitar en base a la historia de la persona, sus capacidades y deseos, la planificación de las metas que quiere llegar a alcanzar para mejorar su calidad de vida. (López, Marín y de La Parte, 2004)

2.2 El origen de la Atención Centrada en la Persona

Existe un gran consenso en reconocer uno de los principales puntos originales de la Atención Centrada en la Persona al psicoterapeuta estadounidense Carl Rogers (1902-1987), enmarcado en la corriente humanística.

A mediados del siglo XX, entre los años 50 y 60, fue cuando desarrollo su obra dentro del ámbito de la psicoterapia. Impulsó la psicología humanista que apareció como la “tercera fuerza” frente a las dos corrientes entonces predominantes: el conductismo y el psicoanálisis. Esta psicología humanista pretende alejarse de la visión reduccionista, mecanicista y determinista del ser humano. En aquel momento fue un revolucionario, ya que puso de manifiesto dos aspectos:

-La capacidad de la persona; él hablaba del término “cliente” para evitar el término “paciente”, entendido este primero como un ser activo de su vida que desea un servicio que él mismo no se siente capaz de brindarse, y este último como alguien que padece una enfermedad, requiere ayuda y recurre a profesionales especializados. Los clientes tienen problemas, pero también poseen una capacidad innata para entender su propia situación, y a la par:

-El papel del psicoterapeuta entendido no como un directivo, sino como un miembro en la relación que ejerce su papel a través de la aceptación incondicional, la empatía y la autenticidad. Igualdad en la relación que rara vez se encuentra en los lazos que se establecen entre médico y paciente. (Cloninger, 2003).

A partir de esta obra ha ido surgiendo como ya hemos visto, gran diversidad terminológica y conceptual en diferentes ámbitos. En el campo de las personas mayores y de los cuidados gerontológicos, la primera vez que se trasladaron estas ideas iniciales de la Atención Centrada en la Persona fue a través del grupo "*The Bradford Dementia Group*", y más concretamente de la mano de su fundador Tom Kitwood, que fue el encargado de acuñar el término de Atención Centrada en la Persona con Demencia. Señaló cuestiones que en aquel momento habían quedado bastante olvidadas, poniendo de relieve que además del daño neurológico que realmente existe en todas las personas que tienen una demencia de tipo degenerativo o de cualquier otro, hay elementos importantes a la hora de la comprensión, abordaje y cuidado de las personas con demencia, señalando aspectos como: la personalidad, la importancia de la biografía, todo el tema relacionado con la salud de la Persona y lo que él denominó la psicología social, entendida como el conjunto de interacciones que se producen entre la persona con demencia y quienes le acompañan (familiares y/o profesionales).

Además de todas las necesidades físicas que todos tenemos, enunció diferentes necesidades psicosociales: confort, identidad, apego, ocupación e inclusión; que son universales para todas las personas, incluso en aquellas personas con demencias en fases muy avanzadas de la enfermedad. Cuando estas necesidades psicosociales no están cubiertas es posible que den lugar y expliquen reacciones emocionales (lo que a veces llamamos trastornos de la conducta) y que este grupo denomina como reacciones de necesidades psicosociales no cubiertas.

Estableció dos formas de comunicarse:

-Comunicación Potenciadora, cuando en la interacción en el cuidado se cubren las necesidades psicosociales a través de acciones en la comunicación como la calidez, un ritmo adecuado, apoyo, respeto, aceptación, autenticidad...

-Comunicación Detractora, cuando no se cubren las necesidades psicosociales ya que se lleva a cabo una comunicación basada en la intimidación, imposición, infantilización, etiquetar a las personas... Lo que denomina psicología social maligna (Kitwood, 1997).

Brooker & Surr (2005), discípula de Kitwood e integrante del grupo de Bradford que a día de hoy todavía sigue trabajando en la Atención Centrada en la Persona, formuló el modelo VIPS que enuncia los siguientes cuatro componentes de Atención Centrada en la Persona:

Valoración de la persona y la importancia de reconocer a sus cuidadores, la individualización de la atención, la perspectiva de la persona con demencia y el entorno social.

2.3 Experiencias internacionales y España

Una línea de desarrollo muy importante ha venido unida a la crítica que se ha producido ya desde hace unas cuantas décadas en el contexto internacional (europeo, americano y australiano, especialmente) a las residencias de personas mayores de corte tradicional e institucional.

Los países nórdicos ya desde los años 60 y 70 observaron que el modelo de residencia hospitalaria, rígida, con normas, muchas personas, donde hay poca privacidad, escaso control sobre su día a día... no era el modelo deseado. Se ha procurado reorientar los recursos para intentar ofrecer una atención de calidad completa, en un entorno adecuado y con recursos realmente orientados a las personas que allí viven (Díaz-Veiga y Sancho, 2012).

Una de las principales apuestas de estos países nórdicos ha sido la de integrar conjuntamente políticas de vivienda, de sanidad y servicios sociales, promoviendo viviendas con apoyos para aquellas personas que se encuentran en situación de dependencia, construcción de pequeñas viviendas para grupos reducidos donde se combinan zonas privadas con espacios comunes (Martínez, 2013).

Esta misma autora explica el ejemplo de Suecia y de Dinamarca con las llamadas “Viviendas en Grupo” que se componen de un máximo de 10 a 12 apartamentos de unos 30 metros cada uno y se distribuyen alrededor de estancias comunes para la convivencia y en la que se ubica una cocina conectada a la sala de estar y una terraza o jardín de uso común. La principal característica es la de ofrecer asistencia 24 horas pero en alojamientos normalizados que se asemejen a un hogar.

La diferencia que existe en este segundo país, es que en el año 1987 se prohibió por ley la construcción de nuevas residencias de tipo tradicional, dejando aún más claro que el anterior modelo no era el adecuado para garantizar cuidados y bienestar.

Hubo también un movimiento muy interesante en EE.UU, lo que se ha denominado desde los años 80 “*Cultural Change Movement*”, que podría traducirse como “El Cambio Cultural de las Residencias Tradicionales”. Se trata de un movimiento por el cambio cultural, matiz importante ya que hablar de cambio en el modelo residencial es hablar de un cambio cultural en la calidad de cómo hay que organizar, como hay que entender la calidad de los servicios y como hay que organizar las prestaciones (Koren, 2010).

En España se ha traducido como el modelo *Housing*, cuando la persona ya no puede vivir en casa porque hay circunstancias en las que son necesarios los alojamientos alternativos a las casas como son las residencias en las que el entorno de cuidados se parezca a un hogar.

Este modelo propone que la atención tenga lugar en alojamientos que además de proporcionar los cuidados necesarios sean lo más similares a una casa, conocido como *Housing Externo*. Podríamos considerarlo como uno de los mejores dispositivos alternativos a las residencias tradicionales, donde combinan espacios privados y comunes; servicios médicos junto con otros que respeten

la intimidad de las personas; niveles de seguridad aceptables y una accesibilidad adecuada. (Díaz-Veiga y Sancho, 2012).

Según Martínez (2013), existen características comunes en los diferentes tipos de alojamientos englobados bajo el modelo *Housing*:

-Combina la existencia de espacios privados que protegen la intimidad (habitaciones individuales) con otros comunes que permiten la actividad social (salones, jardines, cocina...).

-Apuesta por la organización en pequeñas unidades de convivencia (entre 6-20 personas).

-Admiten y animan a que las personas lleven sus propiedades (muebles, pertenencias) para construir un “hogar propio y significativo”.

-Buscan un modo de vida parecido al hogar y proponen un abordaje terapéutico desde la realización de las actividades cotidianas y significativas para cada persona (cocinar, cuidar las plantas, salir a la compra, mantener contacto con otras personas, realizar sus aficiones...).

-Ofrecer atención profesional durante las 24 horas, integrando en la vivienda cuidados personales durante todo el día para las personas con altos niveles de dependencia.

-La atención se organiza desde el grupo de personas, desde sus ritmos y preferencias. La organización de la actividad cotidiana la deciden las personas mayores junto con los profesionales que les cuidan. Las actividades del día no se planifican desde horarios estrictos vinculados a las tareas asistenciales.

-Defienden la idea de “vivienda para toda la vida”, lo que implica que las personas que viven allí permanecen, si así lo desean hasta el final, no viéndose obligadas a trasladarse a otro recurso ante procesos de deterioro.

-Otorgan a las familias y allegados un papel central, facilitando su incorporación en la vida cotidiana de cada unidad.

-Son recursos integrados en el entorno. Por eso se facilitan salidas por el barrio (hacer la compra, dar paseos, ir a una cafetería, usar servicios culturales...) y el contacto con los vecinos y la comunidad.

-Las plantas y animales de compañía son frecuentes en estos alojamientos. También suelen tener un espacio o rincón donde pueden acercarse y jugar niños y niñas.

-Los gerocultores/as son polivalentes y cuentan con una formación importante. Además de ofrecer cuidados personales y soporte para la realización del conjunto de actividades cotidianas, es primordial la capacidad de escucha y las

habilidades para buscar oportunidades y actividades que desarrollen autonomía, independencia y bienestar en las personas.

-Se orienta desde la atención centrada en la persona, teniendo en cuenta el modo de vida y preferencias de la persona, permitiendo y apoyando que ésta dirija su vida cotidiana, lo que incluye no sólo intervenir desde la protección de la seguridad sino también desde la asunción de ciertos riesgos.

Las personas mayores han sido y continúan siendo un colectivo muy vulnerable y con escaso respaldo jurídico, ya que a diferencia de lo que ocurre con los niños por ejemplo, las personas mayores son de entrada capaces (salvo incapacitación formal), con plena capacidad jurídica y de obrar. Ciertamente contamos a nivel internacional con declaraciones, asambleas generales que defienden derechos tales como la independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.

En la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobada el 13 de diciembre de 2006 y ratificada por España el 3 de mayo de 2008, las referencias expresas a las personas mayores vienen siendo escasas y aparecen vinculadas a cuestiones médicas y proteccionistas, relacionadas con el modelo sanitario que se pretende superar, pero es indiscutible que la Convención se aplica de la misma forma a las personas mayores y que a su vez tienen una discapacidad, a través de disposiciones generales que son aplicables a los mayores y algunos específicos.

El artículo 25.b hace una referencia directa a las personas mayores estableciendo:

Artículo 25.b

“Los servicios de salud que necesitan las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y niñas y las personas mayores”

Y el artículo 28.2. b) establece directamente:

Artículo 28.2. b)

“Asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en particular las mujeres y niñas y las personas mayores con discapacidad, a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza”.

El resto de menciones que se hacen en la Convención no reflejan el término “persona mayor” como con el caso de las mujeres y los niños/as que si aparecen explícitamente en el texto de la misma, pero se presupone que en todas aquellas menciones que recoge la Convención con relación a la condición de la “edad” deben entenderse realizadas en relación al colectivo de personas mayores.

En este contexto podemos señalar varios artículos: preámbulo en sus apartados e) y p), artículo 8, 13 y trasladar todos aquellos artículos que pueden interpretarse a favor del mayor aunque no se haga mención explícita al colectivo: artículo 2 y artículo 5 (no discriminación), artículo 9 (accesibilidad universal), artículo 13 y 19 (autonomía personal, vida independiente), artículo 12 (capacidad jurídica), artículo 6 (perspectiva de género).

Como indica Pindado, citando a la profesora Barranco (2015), la Convención resulta directamente aplicable entre las personas mayores con discapacidad pero en líneas general muy escasa para el colectivo de personas mayores por su carácter sectorial.

Por ello cabe mencionar otras normas de carácter internacional de general aplicación como la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 en su artículo 25 que incluye el derecho a un adecuado nivel de vida y bienestar incluyendo los servicios sociales necesarios a las personas mayores, entre otros colectivos. Posteriormente, en 1991 mediante resolución 46/91, la Asamblea General de UN aprobó los Principios de las Naciones Unidas, hablan de la dignidad de las personas de edad avanzada, defendiendo su derecho a vivir con dignidad y seguridad, sin sufrir explotaciones ni malos tratos, sean cuales sean sus circunstancias.

Siguiendo las líneas de este autor, el aspecto patrimonial es uno de los más regulados para este colectivo y con el fin de atender las demandas de este colectivo y de otros, se promulgo la Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad. Se reconocen nuevas forma de discapacidad asociadas a la edad, como son las demencias, que aconsejan que la asistencia económica se haga también conforme al propio patrimonio para garantizar el futuro de la persona en previsión de otras fuentes para costear posibles gastos futuros.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, surgió para dar respuesta a una situación de emergencia social de muchos colectivos, entre ellos el de personas mayores. Se trata de una ley ambiciosa por sus características concretas: derecho subjetivo a la persona, cobertura universal aunque con participación de los beneficiarios, sistema basado en la prestación de servicios aunque con prestaciones económicas, incorporación de nuevas figuras al sistema como el asistente personal, financiación de tipo impositivo, gestión a cargo de las Comunidades Autónomas, evaluación de las situaciones de dependencia en grados y el derecho se reconoce previa valoración y la provisión de los servicios es compartida entre el sector público y la iniciativa privada. Al final estas cuestiones quedaron en un intento fallido de lo que pudo ser y no fue; se llevaron a cabo reformas y medidas de recorte, que finalmente han repercutido en los colectivos en situación de dependencia.

Pindado, establece que no sólo es necesario establecer medidas de carácter nacional para este colectivo que sufre importantes discriminaciones, sino medidas de índole internacional en el seno de organizaciones como Naciones Unidas, plasmando una Convención específica para este grupo de personas, como

se viene demandando en nuestro país. Siguiendo estas líneas, se creará un instrumento que configurara a las personas mayores como un colectivo específico, y por consiguiente con unas medidas concretas para lograr su plena inclusión social, reorientando las políticas públicas existentes (Pindado, 2015).

Actualmente, en España se están promoviendo diferentes iniciativas como son las unidades de convivencia, cohousing basado en la autogestión, viviendas con apoyos... En el País Vasco se ha puesto en marcha el proyecto "Etxean Ondo" (En casa, bien) que desde 2011 trata de reorganizar la tradicional residencia en pequeñas áreas de convivencia; en Cataluña se ha puesto en marcha el proyecto "Tú decides cómo envejecer" que busca conocer a fondo a cada persona para así llevar a cabo un plan individualizado y siendo ellos los que elijan y tomen sus propias decisiones y en Castilla y León se incorpora el proyecto "Mi Casa" que liderado por la Junta de Castilla y León pretende cubrir los deseos explícitos relativos a como quieren vivir las personas durante ese periodo de su vida. Estas tres iniciativas apuestan por un modelo de derechos, que pivota sobre el principio de autodeterminación y que trata de superar los modelos actuales basados únicamente en la satisfacción de necesidades y provisión de cuidados básicamente asistenciales y sanitarios (Martínez, 2013 y Junta de Castilla y León)

2.4 Justificación del modelo de Atención Centrada en la Persona

Se trata de una corriente crítica, podría decirse que incluso revolucionaría en relación a como se vienen haciendo algunas cosas. La Atención Centrada en la Persona tiene grandes diferencias con la Atención Centrada en el Servicio, la Atención Tradicional Paternalista y la Atención Centrada en la Enfermedad y/o Discapacidad.

En este último modelo que se centra en la enfermedad, a la persona se le trata más como un "Alzheimer Grado II" que como "Juan López Pérez" con su historia de vida y su proyecto de vida.

También se diferencia de la Atención Centrada en el Servicio o Institución en que esta se basa en la despersonalización, el paternalismo o infantilización, tratamientos y terapias "en serie", aplicadas y practicadas sin tener en cuenta la mismidad de quienes la reciben, sus necesidades y las de sus familias, estableciendo objetivos irreales, a la carta y sin contenido. Existen muchas normas, y la mayoría de las veces las decisiones se toman en función de criterios organizativos y laborales, por parte del personal del centro y quedando muy reducido el margen de libertad, ya que las personas tienen que adaptarse al servicio y no al revés.

Por otro lado, la Atención Tradicional Paternalista o la Atención Individualizada entiende que es la institución o los profesionales que en ella trabajan los que tienen el poder, el deber y el saber de decidir por "el bien del otro", ya que al tener la condición de expertos son quienes mejor pueden discernir sobre los beneficios para estas (Rodríguez, 2012).

Con todo lo expuesto, se ha visto que el modelo residencial clásico ni ayuda ni favorece la calidad de vida de las personas, la clave tiene que ver con ofrecer

apoyos y alternativas que permitan a las personas estar “como en casa”, ya que es la forma de que tengan control sobre su propia vida y puedan seguir gestionando en la medida de sus posibilidades su propia vida, combinándolo siempre con los aspectos organizativos.

Muchas residencias se muestran conservadoras en sus modelos de atención no porque consideren que el modelo de Atención Centrada en la Persona no sea el modelo a seguir. Son conscientes de que este modelo no vulnera los derechos fundamentales de la persona, mientras que algunos modelos más conservadores son más susceptibles a ello.

2.4.1 Derechos de las personas mayores en centro residenciales

En primer lugar, hay que entender a la persona como un ser integral no divisible y con capacidad de ser y estar reconocido por los demás. En segundo lugar, la persona mayor ocupa la centralidad del servicio siendo un sujeto activo del mismo y no un receptor pasivo de las intervenciones.

El principio de dignidad, respeto a la autonomía personal, principio de beneficencia y de no maleficencia y justicia, son valores absolutos e inherentes de toda persona y que favorecen el concepto de calidad de vida que en ocasiones algunas residencias minimizan u olvidan.

Algunos derechos de las personas mayores atendidas en un centro residencial y que enfoques tradicionales son tienen en cuenta, son los siguientes:

-Derecho a recibir voluntariamente el servicio; es importante que la persona decida dentro de sus capacidades cognitivas si quiere ingresar en un centro residencial o recibir algún tipo de servicio, permanecer en el mismo y/o salir, y si es así que éste se adecue a sus necesidades, expectativas y deseos, y no al contrario. La persona debe estar informada, conocer el centro, los servicios que ofrece así como las alternativas con las que cuenta.

Se fundamenta en la autonomía personal del individuo, y más concretamente en su capacidad para tomar decisiones, gestionar la información, sin amenazas ni presiones, con el objetivo de alcanzar sus deseos y decidir de acuerdo a sus valores. En aquellos casos en los que la persona no tenga la capacidad cognitiva necesaria para tomar este tipo de decisiones, será la familia quien represente a la persona, informándole en todo momento de los pasos que se están dando y haciéndole participe en la medida de lo posible. En algunos casos, tendrá que valorarse la necesidad de protección jurídica en forma de curatela o como indica la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, mecanismos de apoyo entendido como alguien que ayude a la persona mayor a tomar decisiones, tratando de explicar a la persona y que sea ella la que participe libremente en la toma de sus decisiones.

-Derecho a la información; entre la persona, la familia y el equipo de profesionales. Es necesario que existan comunicación bidireccional entre familia-

residencia y residencia-familia. Es importante esta comunicación para que exista un proceso de adaptación continuo entre unos y otros, y que la persona usuaria manifieste activamente lo que desea.

-Derecho a la confidencialidad e intimidad; sabemos que el principio de dignidad es un derecho inalienable e inherente a toda la persona, y es el pilar básico de este derecho de confidencialidad e intimidad. En este caso, existe un importante respaldo jurídico pero en muchas residencias no se tiene muy en cuenta y se acaba olvidando, especialmente en lo referente a la intimidad corporal, confidencialidad de datos personales y clínicos y la privacidad personal y/o emocional/sentimental.

Hay que concienciar a todos los profesionales que no se puede dar ningún tipo de información si no es bajo el consentimiento de la persona o representante legal de la misma. Entendemos la confidencialidad en las siguientes esferas de la vida:

-En cuanto a lo físico y corporal de la persona. No exponer innecesariamente partes de su cuerpo, pedir permiso para cualquier acción, usar espacios habilitados para dichos actos y tratar de dejar a la persona sola en los momentos más íntimos.

-Pensamientos, valores, creencias, sentimientos e ideologías. Apoyar en el mantenimiento de su identidad personal, hablar con respecto (“usted”) y llamar a cada persona por su nombre, aceptar, no emitir juicios de valor...

-Datos personales e historia clínica. Cuidar la información que se tiene, en lugares especialmente destinados a la custodia de estos documentos, no hacer comentarios en espacios comunes referentes a estos datos...

-Promover su relación con el entorno familiar y social; hay que entender que desde el momento en el que la persona ingresa en un dispositivo residencial éste comienza a ser su nuevo hogar y tenemos que trabajar para que así lo conciba tanto la persona como su familia. Los profesionales tendrán que implicarse para continuar con el afecto familiar y de su círculo más cercano, para que no se produzca una ruptura entre su anterior medio y el nuevo.

Ofrecer confianza y seguridad a la persona es primordial para que ésta se sienta realizada en su nuevo entorno y le permita continuar con el desarrollo de su vida y proyecto vital, sin romper con sus anteriores vínculos.

-No discriminación por ninguna condición o circunstancia personal; existe una fuerte discriminación por edad en nuestra sociedad en la que la juventud tiene un gran valor. No debemos olvidar que las personas somos seres individuales, incluso aquellas que tienen limitadas sus capacidades. Todos somos parte de la sociedad como miembros de pleno derecho y establecemos vínculos sociales, y a pesar de la edad queremos continuar formando parte de ella, tomando decisiones y viviendo acorde a nuestros deseos.

Respecto al ámbito residencial:

-Preservar la identidad de las personas (respeto, aceptación, teniendo en cuenta su pasado e historia de vida anterior, fomentar sus capacidades).

- Potenciar nuevos vínculos y promover los ya establecidos
- Incluir a las personas de la vida del centro y en la toma de decisiones

-Derecho a no ser sometido a contenciones, salvo peligro de la seguridad de la persona o de terceras; las contenciones (físicas y farmacológicas) pueden ser consideradas en algunos casos como un tipo de maltrato por lo que deben estar dirigidas a situaciones estrictamente necesarias para el individuo.

En lugar de optar por estos métodos poco éticos, hay que potenciar la búsqueda de alternativas que centren la atención en las capacidades de las personas y no en sus carencias y/o déficits (mantener un entorno físico más seguro y adaptado para que en posibles caídas la persona no se haga daño, más actividad física, atender las demandas de la persona, equipamientos más preparados para este tipo de situaciones como camas articuladas hasta el suelo, colchones con sensores, protocolos de actuación), y cuando sean necesarias estas medidas de control establecer un protocolo a seguir por los profesionales y un plan de supervisión, información a la familia o personas de contacto

La Atención Centrada en la Persona apuesta claramente por una atención más autodeterminista, donde los profesionales tengan el papel de empoderadores y se pueda conciliar este papel con la autodeterminación de las personas, sabiendo que con apoyos y flexibilidad pueden continuar teniendo control sobre sus vidas y no pasen a ser meros espectadores, cayendo en un estado de indefensión e insatisfacción.

3. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

A continuación, se propone la implantación de este nuevo modelo de Atención Centrada en la Persona en un centro de carácter residencial, enmarcado dentro de un entorno de características rurales y que viene trabajando con otros modelos de atención de corte tradicional y asistencialista.

En primer lugar, se procederá a estudiar el modelo de atención existente hasta el momento así como su posible implantación teniendo en cuenta el medio, la población y la casuística del centro.

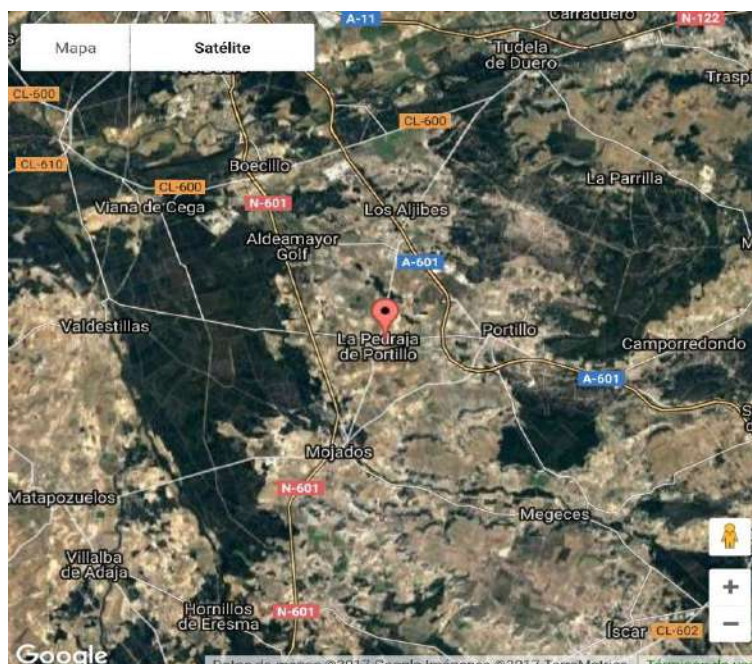
En segundo lugar, se tendrá en cuenta el perfil de profesionales así como sus características y predisposición a trabajar con el nuevo modelo.

3.1 Ubicación

El estudio lo ubicamos en la localidad de La Pedraja de Portillo, provincia de Valladolid y perteneciente a la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Se trata de un municipio situado a 22 kilómetros al sur de Valladolid y localizado en la extensa llanura de Tierra de Pinares. Cuenta con algo más de 1100 habitantes que pertenecen a la Comunidad de "Villa y Tierra" de Portillo y a la Mancomunidad de "Tierra de Pinares". Su extenso término municipal de 56.8 kiló-

metros limita con los municipios de: Aldeamayor de San Martín, Portillo, Aldea de San Miguel, Mojados, Valdestillas, Viana de Cega y Boecillo.

Observamos que la ubicación del pueblo y por tanto, del centro residencial objeto de estudio es bastante idóneo, debido a su cercanía con la capital y núcleo urbano, y por estar rodeado de diversos pueblos que de forma natural presentan necesidades derivadas del envejecimiento.

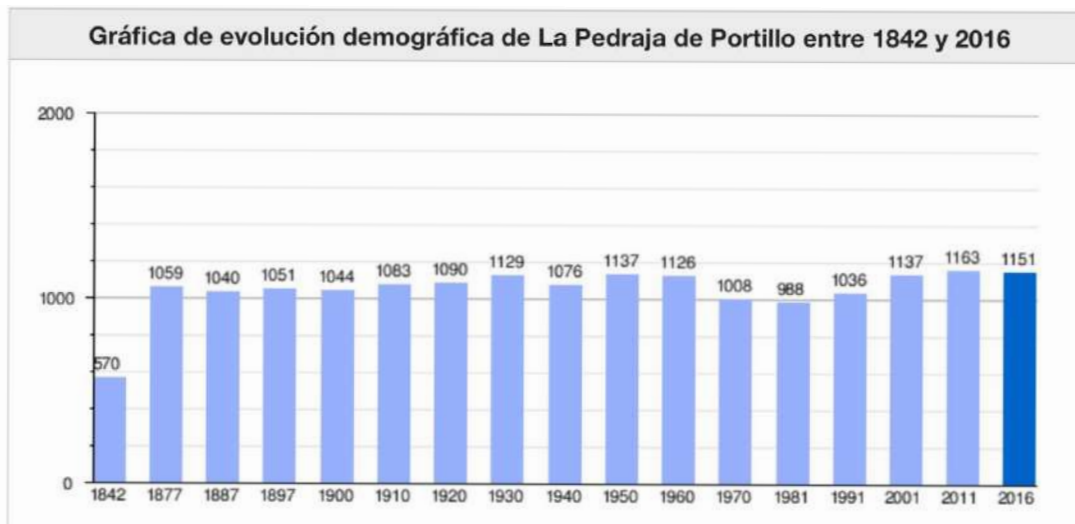


La propia situación del centro también podría clasificarse como estratégica, ya que está en la misma carretera principal del pueblo, zona de paso para muchas personas y donde confluye un importante tráfico diario.



3.2 Características de la población

Según el Instituto Nacional de Estadística (2016), La Pedraja de Portillo cuenta con exactamente 1151 habitantes.



La mayor parte de la población se dedica a la agricultura y otra parte más pequeña trabaja en el segundo sector de la localidad como son talleres de carpintería, metálica y construcción, pero la mayoría trabajan fuera del pueblo en sectores como la industria del automóvil y la construcción.

Respecto al sector terciario, existen peluquería, bares, tiendas de alimentación, carnicerías y pescaderías.

La cercanía del pueblo con la capital vallisoletana permite el ir y venir de sus habitantes, favorecido también por la buena comunicación entre ambas y permitiendo por tanto residir en el pueblo y trabajar en la ciudad.

3.3 Casuística del Centro

La Residencia fue construida en el año 2005 por el Ayuntamiento de La Pedraja de Portillo, utilizando fondos propios, y en Noviembre del año 2008 se solicita la gestión de la Residencia a Cáritas Diocesana de Valladolid.

Cáritas gestionará el centro a través de la Fundación “El Mandamiento Nuevo”, que se constituye el 3 de enero de 2001. Esta Fundación firmará un contrato por cuatro años de gestión con el Ayuntamiento de La Pedraja de Portillo.

Cuando se firman los contratos de gestión con el Ayuntamiento, la Residencia pasa a ser gestionada por esta Fundación, otorgando la licencia de apertura por parte de la Gerencia de Servicios Sociales el 24 de agosto de 2010 y con fecha 1 de febrero de 2011 se concede el cambio de titularidad.

La apertura de la residencia “Virgen del Carmen” fue el 18 de noviembre de 2011, teniendo cubiertas a día de hoy la totalidad de sus plazas que son 40, y con lista de espera.

El Ayuntamiento de La Pedraja de Portillo estableció como condiciones:

- A) Tendrán preferencia para el ingreso en la residencia las personas empadronadas en el pueblo durante dos años, y en el supuesto de que no se haga uso de esas plazas reservadas para personas de la localidad, se podrán disponer de ellas libremente.
- B) El Ayuntamiento establece que un 60% de los trabajadores sean de La Pedraja de Portillo, debiendo estar empadronados en el municipio al menos dos años.



3.4 Medio Urbano y Medio Rural. Diferencias

El medio rural y el medio urbano comportan diferencias considerables en cuanto al estilo de vida, el acceso a los recursos, oportunidades sociales y laborales, datos geográficos y demográficos... y por lo tanto, el proceso de envejecimiento también será diferente.

En la sociedad española impera un fuerte deseo de “vivir en nuestras casas”, siendo aún más intenso en las personas mayores, y precisamente son las personas mayores del ámbito rural las que por la emigración de sus hijos hacia las ciudades en busca de mejores oportunidades, se ven abocados en mayor medida a iniciar una emigración tardía cuando se presentan situaciones de viudedad, edad y/o fragilidad. En muchas ocasiones, la mayoría de estas personas no ha salido nunca de su entorno rural y este proceso migratorio puede suponer una carencia y vacío importante en su estilo de vida (Rodríguez, 2004).

Cuando una persona mayor ingresa en una residencia (ya sea en ámbito urbano o rural), se producen una serie de procesos que es necesario abordar desde el inicio para evitar situaciones no deseadas y dolorosas. Todos somos diferentes, por lo que este proceso no será el mismo en todos los individuos y variará en función de sus circunstancias personales, pero lo que sí es cierto es que se produce un cambio en la vida de la persona, por los motivos de ingreso que sean. Se van a producir modificaciones en su ritmo de vida: nuevos horarios, normas, régimen de convivencia, entorno diferente... Son factores comunes a los pueblos y a las ciudades, pero si es cierto que el proceso de adaptación puede ser diferente de un ámbito a otro.

Es muy posible que la persona que reside en una ciudad y muy especialmente en el caso de las grandes urbes tenga que dejar su barrio y hábitat para ingresar en un dispositivo socio sanitario, lo cual conlleva una fuerte despersonalización, aumentando la fragilidad y vulnerabilidad de la persona mayor. El sentimiento de pérdida en este caso es mucho mayor, se aleja de "los suyos": familiares, vecinos, amigos... En cambio, la persona mayor que vive en su pueblo e ingresa en un centro residencial ubicado en el mismo, es posible que experimente este cambio de forma diferente; no le será todo desconocido ya que es muy posible que conozca a parte de sus compañeros e incluso a parte del personal del centro, la ruptura con sus anteriores relaciones sociales no será tan brusca ya que permanece en el entorno de su día a día.

Partiendo de esta base, y siendo consciente de que existen diferencias entre las zonas rurales y las urbanas, y de forma general en el proceso de adaptación en el momento de ingreso en una residencia, vamos a tratar de estudiar cómo implementar el modelo de Atención Centrada en la Persona en esta residencia para personas mayores incluida en un entorno rural.

3.5 Modelo de Atención Tradicional y Modelo de Atención Centrada en la Persona. Diferencias prácticas.

A continuación, se presentan una serie de variables comunes en la mayoría de los centros residenciales y se analizan bajo la perspectiva de un modelo asistencialista y un modelo personalizado de atención. Para ello, la metodología empleada será principalmente práctica, a través de ejemplos claros que visualicen y plasmen las diferencias existentes entre ambos modelos utilizando los mismos tipos de ejemplos en los dos enfoques para así ver dos formas diferentes de trabajo.

Horarios

Los horarios son una de las principales características de los centros residenciales tradicionales. Desde el inicio del día hasta el final del mismo se trabaja y se vive bajo un estricto sistema de cumplir horarios y llegar a tiempo a todo. Esta forma de trabajo hace que prevalezcan más los tiempos que la persona, que sea más importante acabar la tarea a la hora estipulada y mal que acabar minutos más tarde y bien. Hay horarios para levantar y acostar a las personas,

para las comidas, las actividades que se realizan, las visitas de familiares y conocidos, horarios para las llamadas...

Ejemplo 1: La residente de la habitación 26 cama B, deambulación errante motora durante la noche, agresiva. Aplicamos psicofármaco según precisa en tratamiento médico, permanece tranquila resto de la noche.

07:00 horas de la mañana, empezamos a levantar siguiendo el croquis estipulado, casualmente ese día las residentes de la habitación 26 (cama A y cama B) serán de las primeras en ser despertadas.

Ejemplo 2: Iniciamos la ducha y tareas de higiene personal con el residente de la habitación 14 cama A, levanta la mano en el momento del afeitado. Dejamos sin afeitar.

Con el modelo de Atención Centrada en la Persona, no desaparecen los horarios ni las normas ya que los aspectos organizativos siguen siendo muy importantes y son totalmente necesarios, pero si se favorece la flexibilidad en el trabajo. Prima la persona, su calidad y bienestar de vida, hacer el trabajo asistencial y de higiene personal bajo las preferencias y deseos de la persona, siendo flexibles en los tiempos. Para que esto funcione realmente, la gestión y/o dirección del centro tiene que favorecer esta forma de trabajo.

Ejemplo 1: María Herrera se levanta por la noche, parece bastante desorientada. Nos agarramos de su brazo y comenzamos a charlar por el pasillo, hablamos de Julio, su marido. Pasados unos minutos le pregunto si tiene sueño y quiere ir a su habitación, me dice que sí y le acompañó.

El resto de la noche, María la pasa "más o menos" tranquila, vuelve a levantarse una vez más y repetimos el mismo procedimiento (caminamos por el pasillo, charlamos y le invito a ir a su habitación). Como no ha tenido buena noche y no ha podido descansar, dejamos que continúe durmiendo y sea la última en ser levantada, a pesar de que este pauta como la primera en levantar.

Ejemplo 2: Estamos duchando a Pedro Gómez y en el momento de afeitarle se pone nervioso y un poco agresivo. Intentamos hablar tranquilamente con él, pero Pedro continúa nervioso. Le intentamos tranquilizar y explicar que no pasa nada, que si quiere puede afeitarse él mismo como ha hecho toda su vida, y si necesita ayuda puede llamar al timbre que tiene en el baño y una auxiliar le echara una mano.

En estos dos ejemplos la inversión de tiempo y la flexibilidad profesional son primordiales. Otorgar autonomía personal e independencia es muy importante, pero conlleva tiempo. Hay que tratar de no hacer más dependientes a las personas mayores, aunque curiosamente nos facilite el trabajo la dependencia que la independencia personal. Además, cuando nos referimos a tareas de higiene personal hablamos de la intimidad de las personas y de su privacidad, que en ocasiones se olvidan y no se tienen en cuenta. Utilizar un lenguaje y un vocabulario claro y sencillo es necesario para que nuestros residentes capten el mensaje que les queremos transmitir y puedan ejecutar las tareas.

Actividades

En la mayoría de los centros residenciales, centros de estancias diurnas, mini residencias... se cuenta con profesionales técnicos que son los encargados de elaborar y llevar a cabo actividades de tipo manuales y cognitivas (animador socio-cultural, integrador social, terapeuta ocupacional...). Actividades dirigidas, sin objetivos personalizados ni realistas, rutinarias y en muchas ocasiones sin sentido y sin tener en cuenta las preferencias de cada persona.

Día tras día, trabajan las mismas personas, "los Grado I".

Ejemplo 1: En la hora de las actividades ocupacionales entran a trabajar las señoras (los señores nunca participan), entregamos ficha de sumas y restas y lenguaje.

El modelo de Atención Centrada en la Persona no pretende eliminar las actividades terapéuticas que se llevan a cabo, pero si ofrecer actividades personalizadas en función de los gustos y preferencias de las personas, con una participación voluntaria, no forzosa e incluyendo a todas las personas, aunque sea necesario adaptarlas en función de las capacidades de cada una.

Ejemplo 1: Vamos a realizar una actividad musical, en la que pueden participar si así lo desean todas las personas. La vamos a hacer en el gimnasio del centro para tener espacio suficiente. Se trata de una actividad muy sencilla, que consistirá en recordar canciones de su época, cantarlas y comentar sobre ellas. Al día siguiente realizaremos un taller de cocina, y en este caso cocinaremos calabacín rebozado, aprovechando los que tenemos en la huerta y que es un plato tradicional, que todos conocen, diferencian su sabor y acorde a sus preferencias.

No siempre es posible realizar actividades conjuntas y en grupos tan grandes, y no siempre es lo más deseado. Pero es importante no tomar decisiones y obligar a una persona a realizar una determinada actividad solo por el hecho de que como profesionales creemos que es lo que debe hacer. Diseñar actividades para todas las personas, ofrecerlas y otorgar la capacidad de decisión; y no entenderlas como actividades que hay que hacer para ocupar el tiempo, sino presentarlas con unos objetivos claros y realistas y con una finalidad. A veces, dejar tiempo libre o la opción de elegir si querer participar o no a las personas es muy beneficioso.

Personal de Atención Directa

Se entiende como personal de atención directa a los/as auxiliares de enfermería, actualmente gerocultores/as. Podríamos decir que en los modelos antiguos se ceñían a tener un papel puramente asistencial y de cuidados. Aun siendo los profesionales que más contacto directo tienen con las personas mayores, al final eran las que menos poder de decisión tenían y escasa participación en las intervenciones.

Ejemplo 1: residente de la habitación individual 11, grado I, valido para las Actividades Básicas de la Vida Diaria, solo supervisión en ducha y vestido. Nula comunicación con el personal y episodios de agresividad solventados con tratamiento farmacológico.

En el nuevo modelo de Atención Centrada en la Persona, el personal de atención directa es el pilar más importante y por lo tanto, valorado como tal. Se convierten en profesionales de referencia para un grupo de personas, lo cual les convierte en su persona de confianza y apoyo en el centro. Ser la persona de referencia para un determinado grupo de personas que viven en la residencia implica que estas personas la van a tener a ella como referente cuando tengan un problema, se sientan mal o quieran conversar sobre algo. Conocerán la historia de vida de cada persona, es decir, sabrán datos e información muy personal sobre cada uno.

Ejemplo 1: Santiago López vive solo en una habitación, fue una de las condiciones que puso cuando entro a vivir en el centro, y así ha sido. Se encuentra muy bien de salud y es capaz de realizar todas las actividades básicas, tan solo necesita un poco de supervisión. Al principio no se comunicaba ni con el personal ni con sus compañeros. Cuando le expliqué que yo sería su persona de referencia y que si él quería podíamos hacer su historia de vida, me dijo que no, pero un día mientras le ayudaba a ponerse la camisa, me preguntó sobre la historia, se lo explique y empezó a contarme cosas. Ahora entiendo su carácter introvertido y cerrado, se quedó viudo al entrar aquí a vivir, no se habla con sus hijos y apenas tiene visitas.

Conocer la historia de vida facilita el trabajo y las intervenciones tanto al personal técnico como al personal de atención directa, teniendo en cuenta siempre la confidencialidad y el derecho de la persona a querer hablar o no.

Comunicación con la familia

Los modelos tradicionales permitían un trato distante y frío con las familias de las personas mayores, ocultación de información referente a su familiar y escasa confianza.

Ejemplo 1: Hija del residente de la habitación 20 cama A, conflictiva. Evitar el contacto con ella, llamar por teléfono trimestralmente para informar sobre el estado de salud de su padre, cada vez que pasa algo y si ella pide información.

La Atención Centrada en la Persona aboga por una comunicación fluida y continúa con las familias, informando de cualquier cambio del tipo que sea, con confianza, claridad y profesionalidad.

Ejemplo 1: Tere es la hija de Francisco, y está muy preocupada por el estado de salud de su padre. Francisco tiene Alzheimer, y parece que la enfermedad avanza bastante rápido. Ella vive lejos y no puede venir tanto como le gustaría,

por eso llama a menudo al centro. Cada vez que llama le informamos sobre la situación de su padre y los cambios que ha ido experimentando.

Le hemos pedido su dirección de correo electrónico, ya que hacemos muchas actividades en las que participa su padre y como ella no puede desplazarse a la residencia y ver las fotos que colgamos en el corcho común, hemos quedado en enviarle un e-Mail para que pueda ver a su padre en las actividades que se organizan.

Control de medidas de sujeción

Las medidas de sujeción desgraciadamente han sido y siguen siendo una tónica general de trabajo en muchas residencias de personas mayores. Sujeciones mecánicas (cintos, chalecos...), farmacológicas (haloperidol, contenciones químicas...), psicológicas (órdenes, mandatos de superioridad...) y otras muchas.

Ejemplo 1: Paciente de la segunda planta y habitación 12, con movimientos repetitivos de palmadas que impiden el correcto funcionamiento del centro, molestando a otros residentes. Se procede a una sujeción de muñecas.

El modelo basado en la persona no tiene en cuenta estas malas prácticas y sí que tiene en cuenta la asunción de riesgos, que en muchas ocasiones hay que asumir para trabajar en función de unos valores. La libertad y los derechos de las personas están por encima de cualquier tipo de sujeción, sea cual sea.

Ejemplo 1: Vicenta se sienta todos los días en su sillón y empieza a dar palmas. Sus compañeros se molestan porque no deja que escuchen la televisión o dormir la siesta. Sabemos por su historia de vida que Vicenta ha vivido muchos años en un pueblo de Almería, y sus hijas nos contaron que le gustaba mucho la copla. Hemos probado a ponerle unos cascos grandes con su música favorita, durante las horas de descanso de después de comer, ella está mucho más relajada y tranquila escuchando su música y el resto de compañeros pueden continuar con sus actividades.

Hemos visto diferentes aspectos que están presentes en los centros residenciales y las formas de abarcarlos en función del modelo de trabajo e intervención que se lleve a cabo. En primer lugar, el lenguaje adquiere gran relevancia, tanto interno como externo. Hay que saber comunicar cuando hablamos con una persona mayor, con o sin deterioro cognitivo, ya que la finalidad es la comprensión de los mensajes; pero también cuando se habla con compañeros y personal del centro, ya sea de forma oral o escrita. El lenguaje cambia muchas cosas, y a veces, empeñados en querer usar una terminología tan técnica olvidamos que hablamos de personas.

Recibir apoyos por parte de dirección y el equipo técnico, es fundamental para poder introducir el modelo y muy especialmente al personal de atención directa. Desde la gestión de un centro se toman las decisiones de cambio y por lo tanto

es quien debe favorecer el mismo, poniendo al alcance del personal facilidades, opciones y alternativas.

Ya hemos visto que este modelo de Atención Centrada en la Persona implica, entre otra cosas, inversión de tiempo y que el compañerismo será importante. Habrá que adaptarse a situaciones que signifiquen pasar más tiempo con una persona, y ello no quiere decir que se dejen a un lado las funciones de cada puesto de trabajo, algunas de ellas habrá que modificarlas para adaptarlas al nuevo modelo y otras mantenerlas, pero todo el personal ha de tomar conciencia sobre el cambio, tener flexibilidad y ser compañeros unos con otros.

Inversión de esfuerzos, que implica a toda la organización del centro. En ocasiones, serán esfuerzos muy simples (*ejemplo: preguntar en el comedor de que sabor prefieren el yogurt del postre o en el momento del zumo preguntar el sabor que prefieren; potenciando su poder de decisión, no dando por hecho nada y ante todo, tener en cuenta siempre a cada persona con sus gustos, deseos y preferencias*), otra veces serán esfuerzos mayores (*ejemplo: intentar que Julia Monzón vaya al pueblo de sus padres en la provincia de Soria*).

3.6 Personal del Centro

Patronato y Dirección: el Patronato estará formado por miembros de la Fundación "Mandamiento Nuevo" y miembros del Ayuntamiento de La Pedraja de Portillo, junto con la directora.

La directora será la responsable del centro y de todas las unidades que la compongan. Será la principal encargada de su buen funcionamiento, dirigiendo y representando al centro.

Tareas;

-Mantener actualizadas las incidencias y el grado de dependencia de cada residente

-Deberá custodiar, dar a conocer y poner a disposición de los residentes, la autorización administrativa del centro, hoja de reclamaciones, reglamento de régimen interno del centro, lista de precios actualizada, póliza de seguros y programa de actividades.

-Tendrá a disposición del personal de inspección: ficha individualizada y actualizada de cada residente, libro de altas y bajas, libro de matrícula del personal del centro donde se indiquen las funciones de cada trabajador, contrato realizado con el residente y libro individualizado de incidencias.

Departamento Médico: atenderá las necesidades asistenciales de cada persona, hará exámenes médicos, diagnósticos, prescribirá los tratamientos necesarios, informará a las familias sobre el estado de salud de su familiar. Dirigirá el programa de rehabilitación y movilización de los residentes.

Tareas;

-Realizará la historia clínica a cada ingreso y, notificará a las unidades correspondientes el tratamiento a seguir.

-Llevará a cabo la evolución, los tratamientos y seguimiento de todos los residentes.

-Programación y supervisión de los menús y dietas alimentarias.

-Supervisión del trabajo del personal sanitario y el estado sanitario del centro.

Unidad de Enfermería: supervisará las necesidades generales humanas y sanitarias de los residentes y colaborará con el médico y el fisioterapeuta.

Tareas;

- Completar la historia de enfermería, rellenando programación de curas, toma de TA, glucemia, frecuencia cardíaca, temperatura y medicación.
- Preparación y administración de medicamentos según pauta médica.
- Colaborará con el médico en la preparación de medicamentos y material que vaya a ser utilizado.
- Atención al residente encamado realizando las revisiones pertinentes sobre los cuidados necesarios.
- Pedido a farmacia, analistas y radiologías.
- Supervisar las actividades tipo físicas.
- Transmitir y anotar al personal de atención directa todos los cuidados que requiere cada persona, bajo observación médica.

Unidad de Terapia Ocupacional: hará una valoración del estado general, balance muscular y articular y actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Propondrá un plan de trabajo individualizado a seguir con cada persona, así como actividades.

Tareas;

- Actividades auxiliares de psicomotricidad, lenguaje, dinámicas y rehabilitación psicosocial.
- Colaborará en el proceso asistencial y recuperador de cada residente.
- Participación en las áreas de ocio y tiempo libre.
- Colaborará en los programas de formación e información a familias

Unidad de Trabajo Social

Tareas;

- Proceso de acogida en el centro y recogida de datos
- Gestión y tramitación de prestaciones sociales (Dependencia, discapacidad, material orto-proteico)
- Apoyo en las actividades de terapia ocupacional
- Comunicación directa con familia

Unidad de fisioterapia

Tareas;

- Realizará tratamientos y técnicas rehabilitadoras que se prescriban.
- Participación en el equipo multidisciplinar para la realización de pruebas o valoraciones de su competencia.
- Conocer, evaluar, informar y cambiar si es preciso la aplicación de un tratamiento de su especialidad.
- Asesorar al resto de profesionales en cuanto técnicas de movilización y tratamientos en los que tenga incidencia las técnicas de fisioterapia.

Departamento de Cocina: elaborará los menús diseñados por el departamento médico, así como las distintas dietas que necesite concretamente cada persona. Control de pedidos y almacén.

Departamento de Limpieza y Lavandería: realizará las tareas de comedor-office, lavandería, lencería, ropa de residentes y del centro, y limpieza del centro.

Departamento de Atención Directa: asistir y cuidar a las personas mayores en las actividades de la vida diaria, efectuando trabajos encaminados a la atención personal y del entorno.

Tareas;

- Higiene personas de los residentes.
- Limpieza y mantenimiento de los utensilios de los residentes.
- Hacer las camas y colaborar en que las habitaciones estén ordenadas.
- Recoger la ropa y llevarla a lavandería, y viceversa.
- Distribución y recogida en comidas.
- Cambios posturales
- En ausencia de enfermería, realizar la prueba de glucosa, insulina y heparina
- Atender bajo las normas de dirección a residentes y familias

Departamento de Administración: cálculo de nóminas, salarios y operaciones análogas.

Directora	1
Médico	1
Enfermero	1
Terapeuta Ocupacional	1
Fisioterapeuta	1
Trabajadora Social	1
Cocinera	2
Limpieza	4/1 apoyo
Gerocultoras	8/1 apoyo
Administrativa/Recepción	1

El centro cuenta con un total de 20 empleados directos (podología y peluquería, por ejemplo, son servicios externos). De este número de trabajadores, la gran mayoría son del pueblo o de pueblos de alrededor, siendo un total de 14 los que pertenecen al pueblo o a sus inmediaciones.

La media de edad de la plantilla es de 40 años aproximadamente, la mayoría mujeres, y más concretamente atendiendo a las características del personal de

atención directa todas ellas son de género femenino; del pueblo y con una media de edad de 45 años.

Todas ellas participaron en el curso que se ofertó en el pueblo antes de la apertura de la residencia, dirigido por Cáritas e impartido por personal cualificado y técnicos que actualmente trabajan o han trabajado también en el centro (dirección, enfermero y terapeuta ocupacional).

El curso de “Técnico en Cuidados de Auxiliar de Enfermería” con un total de 370 horas pretendía formar y capacitar en las competencias profesionales y personales a trabajadoras sin formación, para poder atender de un modo eficaz y orientado a conseguir el bienestar de las personas dependientes en un ámbito socio-sanitario, en este caso, en la Residencia “Virgen del Carmen”.

La formación académica de este grupo de personas dentro de este campo, en líneas generales, era prácticamente nula, aunque si bien es cierto que algunas de ellas ya habían ejercido este tipo de trabajo, en domicilios privados o en otros centros, pero sin titulación propia.

4. Justificación del cambio de modelo en la Residencia “Virgen del Carmen”

Está claro que la transformación de modelo que se plantea constituye un proceso de transición que inevitablemente exige un periodo de tiempo razonable, ya que tenemos que tener en cuenta el contexto de inicio y la situación de partida. Este cambio no trata de deslegitimar todo lo anterior y todo lo conseguido, sino avanzar hacia un proceso de mejora tratando de superar y perfeccionar lo anterior, focalizando la atención en las personas y no sólo en las necesidades y déficits, como se venía haciendo.

Con la publicación del *DECRETO 14/2017, de 27 de julio, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a personas mayores en Castilla y León*, se da un paso más en la atención a las personas mayores, a través de intervenciones basadas en apoyos y en sus proyectos de vida. Aportará a las personas beneficiarias y a sus familiares una planificación centrada la persona, y con las siguientes novedades:

-Historia de Vida y Proyecto de Vida: Todos los residentes deben contar con su historia y su proyecto de vida para garantizar su derecho de autodeterminación y control sobre su propia vida, para ello contarán con un plan de apoyos y una “persona de referencia”.

En cuanto a la Historia de Vida, es un documento que recoge, desde la óptica de la persona, información relevante a su biografía, los principales hechos de su vida, sus gustos, preferencias, deseos, sus peculiaridades, sus puntos fuertes y débiles, sus necesidades y capacidades.

Es el instrumento de base para elaborar el Proyecto de Vida, concreción práctica de Atención Centrada en la Persona, y es la proyección vital e individual que cada persona realiza sobre las diferentes dimensiones que forman parte de su desarrollo personal y social. Comprende el conjunto de metas y deseos en relación a la familia, amigos, compañeros, el ocio, los afectos y un sinnúmero de as-

pectos que configuran la forma propia de entender el bienestar y de abordar la vida.

El Proyecto de Vida finalmente, es entendido como la expresión documental de los principales hitos y deseos de una persona sobre lo que quiere hacer o ser en cada una de las dimensiones que abarcan su vida, teniendo como base su pasado, es decir, su historia de vida y enlazándola con los apoyos que necesita, en su contexto actual, para poder proseguir su existencia de acuerdo a sus preferencias, deseos y valores.

La Historia de Vida se configura como el instrumento de partida para la elaboración del proyecto de vida. La información recabada permite aproximarse a la forma de ser de la persona y ayuda a interpretar cómo quiere vivir su vida, sobre la base de su pasado.

Se debe extraer de lo documentado los aspectos más significativos de la biografía, hábitos, gustos y estilos de vida, para poderlos entroncar con los deseos y preferencias de la persona en el nuevo contexto y buscar cómo y con qué apoyos pueden llevarse a cabo.

A partir de la información extractada habrá que trabajar en la identificación de lo que le gusta y le disgusta, así como lo que quiere y puede seguir haciendo, lo que quiere o puede hacer nuevo o lo que no quiere hacer porque no lo haya hecho nunca o porque no quiere seguir de ese modo. Lo planificado tiene que estar en armonía con el proyecto vital de la persona.

Cuando la persona no sea capaz de tomar sus propias decisiones, las personas más cercanas pueden tomarlas por ella, partiendo siempre de su modo de vida y sus valores, a través de un ejercicio indirecto de autodeterminación.

Incluso las personas con mucho deterioro cognitivo expresan malestar y bienestar ante diferentes situaciones y hay que aprender a identificar estos deseos, preferencias o malestares.

-Plan de Apoyos: será el instrumento de carácter técnico con el que contará cada persona para hacer efectivo su proyecto de vida, siendo él mismo participe, su familia, persona de referencia y equipo técnico responsable. Este plan debe reflejar tanto las capacidades, habilidades y destrezas de la persona como el núcleo de apoyos que requiere para poder llevar a cabo sus deseos y cumplir así con su proyecto de vida.

-Personal de referencia: a toda persona mayor residente se le asignará un profesional de referencia, que establecerá con la persona mayor una relación de apoyos y confianza, constituyendo para él una persona de referencia dentro de la estructura del centro, canalizando en esta figura sus demandas. Está pensado para acompañar en el día a día, a cada persona y que ésta tenga una atención realmente personalizada.

Esto no quiere decir que se preocupen y atiendan sólo a las personas de su grupo, ni que sean los únicos profesionales que entren a tomar parte en su cuidado. Significa, que toman una especial responsabilidad hacia cada uno de los residentes.

-La persona decide: los profesionales informan a la persona acerca de las intervenciones que se quieren llevar a cabo, pero es la propia persona la que al final decide y toma decisiones.

-Unidades de convivencia: se organizarán unidades de convivencia con una capacidad máxima para 16 personas, que permite acercarse lo máximo posible al concepto de hogar y da un paso más en la personalización de la atención.

-Una única categoría en los tipos de plazas: desaparecen las plazas residenciales de “válidos” para atender a personas en situación de dependencia, que responde a la mayoría de personas usuarias de un dispositivo de tipo residencial.

5. PROCESO DE CAMBIO

Una vez conocida la casuística del centro, las características del personal y el objetivo del cambio de modelo, es importante conocer la situación actual en la que se encuentra.

Para comenzar, las bases deben ser establecidas desde el departamento de dirección y el personal técnico, y en función del Decreto 14/2017, estudiar la viabilidad del modelo en el centro. Se descartan las unidades de convivencia, principalmente por falta de espacio físico y por no cumplir la normativa exigida. Los instrumentos que plantea la norma legal (historia de vida, proyecto de vida y personal de referencia) han de ser valorados y estudiados, así como introducirlos y desarrollarlos con el personal de atención directa. Es importante facilitar el trabajo a las gerocultoras, ya que aparte de la elevada carga de trabajo que tienen deben sumar estas nuevas implicaciones. Por lo que:

- Tendrán todo el apoyo de dirección y personal técnico (sobre todo de la trabajadora social, que será la coordinadora del proyecto)
- Reuniones específicas de carácter explicativo así como formación concreta
- Trabajan con los instrumentos ya diseñados y con modelos

Los instrumentos de trabajo con los que trabajaran serán los siguientes:

-Ficha de la persona (ANEXO I)

Se trata de una ficha con datos básicos sobre la persona (datos personales, personas de contacto, lugar de residencia anterior al ingreso, aficiones personales, actividades básicas de la vida diaria y breve historia clínica).

-Resumen de la historia de vida (ANEXO II)

Se trata de un documento esquemático y muy visual que ofrece la opción de conocer la historia de vida o aspectos significativos de su historia sin necesidad de leer todo el documento oficial de la historia, ya que de esta forma y gracias a

su fácil distribución de la información y diseño práctico, se pueden conocer los aspectos más relevantes de la persona (información básica sobre la persona como es el lugar de nacimiento, fecha, breve resumen de las etapas vitales con indicaciones para que de esta forma sea más sencillo captar la información, organigrama familiar que es una herramienta muy visual, un esquema informativo y detallado acerca de las costumbres del día a día de la persona, actividades en las participa o le gustaría participar, emociones, visitas que recibe, costumbres en cuanto a celebraciones y vivencias relativas así como expectativas de futuro). Es un documento muy práctico a la par que original, ya que no sólo se ciñe a la historia de vida desarrollada por la persona, sino que se incluye esta herramienta práctica para los profesionales que facilita conocer a la persona y saber cómo intervenir con ella, ya que su diseño está enfocado en esa dirección.

-Historia de vida (ANEXO III)

Es el documento oficial de la historia de vida de cada persona, desarrolla en primera persona, escrita y con fotos. Se podría traducir como el libro personal de cada persona dividido en capítulos que son las diferentes etapas del ciclo vital. En este caso, no sólo tiene en cuenta dichas etapas, también está enfocado en su futuro y su proyecto de vida que será el segundo paso. Se tienen en cuenta los gustos del residente, sus mejores momentos y muy importante, las expectativas de futuro que tiene.

-Proyecto de vida (ANEXO IV)

Acorde a la historia de vida se fija el proyecto de vida, que es otro documento esquemático acerca de los deseos que tiene la persona. En primer lugar se hace un breve resumen acerca de la historia de vida, y a continuación se indican los deseos y preferencias de la persona en cuanto: ¿cómo quiero que sea mi rutina?, ¿qué quiero hacer en mí día a día?, ¿qué quiero que ocurra de forma extraordinaria? Y ¿cómo quiero que este mi habitación? A continuación se establece un plan a seguir, que responda a las siguientes cuestiones: ¿cómo se va a llevar a cabo?, ¿con quién?, ¿cuándo? Se deben fijar unos objetivos reales que se quieren conseguir con la persona, teniendo en cuenta la viabilidad y realidad tanto del centro como de la persona, y los apoyos que se precisarán para conseguirlo.

-Hoja de seguimiento (ANEXO V)

La Hoja de Seguimiento se trata de un documento dirigido al profesional de referencia, y con el objetivo de no basarnos en escribir una historia de vida y olvidarla, semanalmente se escribirán aspectos relevantes que se hayan observado en la persona, cambios o modificaciones o información considerada de interés y que pueda ser significativa.

Es necesario explicar detalladamente cada instrumento de trabajo, ya que las personas que trabajaran con ellos no son las que lo han diseñado personal-

mente, por lo que deben contar con toda la información necesaria acerca de los mismos y que así su trabajo sea efectivo.

Respecto al personal de referencia que ya se ha mencionado anteriormente, también es importante explicar en qué consiste, así como sus tareas y funciones concretas. Hay que tener en cuenta las preferencias tanto de residentes como de profesionales a la hora de establecer los grupos, que normalmente contarán con un número oscilante entre seis o siete miembros, dando opción a cambios si se observa que no se trabaja adecuadamente. Importante hacer hincapié en las siguientes cuestiones:

-La importancia de la **confidencialidad**, ya que en este contexto muchas de las trabajadoras conocerán a sus residentes por pertenecer al mismo pueblo, y por lo tanto conocen mucha información sobre las personas. Incidir en la confidencialidad y secreto profesional, no puede salir del centro.

Al abordar ahora historias de vida que conllevan información muy personal, desde el centro es importante que se haga mucho hincapié en este asunto, así como empoderar a las trabajadoras y ofrecerles seguridad ya que es posible que experimenten momentos de temor y/o dudas acerca de si son capaces o no, incluso por si las familias no quieren que alguien de su mismo entorno llegue a conocer aspectos de sus vidas. En cuanto a esta misma cuestión, indicar que por el hecho de que conozcan ya la historia de vida de una persona de su grupo, no las exime de realizarla, ya que es la biografía de cada persona bajo su óptica y tampoco deben incluir aspectos o información que el residente no nos ha revelado. No dar por hecho nada que no nos cuente la persona, incluso sabiendo que lo que está relatando no es cierto, pero es su historia de vida y es un documento único de cada uno, y sólo aparece lo que la persona cuente y si es posible según nos lo cuente. Éste es uno de los inconvenientes de estar incluidos en un contexto rural, y aunque puede ser beneficioso en algunos aspectos ya que podría servir de punto de apoyo para iniciar una conversación más fluida y/o ayudar a guiar la conversación, los profesionales en la mayoría de los casos conocen de antemano información privada de la persona.

No se trata de “cotillear” acerca del pasado de una persona, ni forzarla a que cuente cosas que no desea contar, por eso es importante las relaciones y los vínculos de confianza.

-Iniciar **pequeños cambios** en la atención, teniendo más en cuenta a las personas en los momentos de la toma de decisiones, aunque para nosotros sean pequeñas decisiones (ejemplo: preguntar cómo se quieren peinar o que ropa ponerse).

-Falta de tiempo para hablar con los residentes tranquilamente, sobre su historia de vida pasada, así como escaso tiempo para pararse a escribir todo lo que le cuenta la persona.

Posible solución que se puede plantear: como es cierto que tienen escasos momentos vacíos, se les puede proponer que quizá los mejores momentos los encuentren por la tarde, en la franja horaria de 17horas a 18horas, en ese mo-

mento pueden acercarse a su residente y entablar conversación, mientras que la otra gerocultora que está en su turno se queda con el resto de residentes, ya que durante esa hora hay poca actividad. Por otro lado, en cualquier momento pueden pedir apoyo al personal técnico, que las podrá suplir en algunas tareas básicas mientras ellas dedican tiempo a hablar con una persona o a estar tranquilamente escribiendo acerca de lo que les ha dicho el residente.

Recalcar que no es necesario que ellas hagan el diseño de la historia de vida, que esa tarea recae en la trabajadora social, ellas simplemente han de escribirla en un papel.

Recomendar también diferentes momentos que pueden ser buenos para hablar con intimidad con la persona, por ejemplo, en los paseos, cuando se está duchando (siempre y cuando el residente este receptivo, ya que se trata de un momento privado y no todas las personas se muestran receptivas a hablar sobre su vida en esos momentos)...

-Miedo a herir la sensibilidad de las personas o tocar temas dolorosos es un temor natural que pueden experimentar en los momentos de conversación con estas personas, ya que todos experimentamos a lo largo de nuestra vida momentos difíciles y dolorosos, y teniendo en cuenta las épocas que muchos de ellos han vivido estos momentos trágicos se multiplican.

Para abordar esta situación, lo primero es elegir un lugar adecuado para entablar conversación con la persona, con la suficiente privacidad para que esté cómoda y explicar claramente lo que van a trabajar y con qué finalidad. En los momentos de preguntar a la persona residente es importante que no se hagan preguntas cerradas (con respuesta de "SI"/"NO"), que la conversación no acabe convirtiéndose en una entrevista, debe existir interacción pero sin olvidar que el protagonista es la persona residente, y que si la persona no nos quiere contar algo, no lo hará, sólo lo que ella quiera contar.

-Las familias han sido en los modelos asistenciales meros espectadores, y en este nuevo modelo adquieren un papel muy importante, ya que empiezan a ser miembros participes de las intervenciones que se lleven a cabo en el centro, lo que al principio puede asustar un poco y más cuando entran en interacción personas del mismo entorno habitual, con posibles rencillas pasadas y escasa intimidad.

Por ello, como ya se comentó, es muy importante que estén informadas de todo el proceso que se va a introducir en el centro, la persona de referencia de su familia y sus funciones principales. Indicar a las profesionales de atención directa que siempre estarán respaldadas por el personal técnico y dirección. Finalmente y aunque al principio parezca complicado, mejorar las relaciones con las familias y romper con el miedo a comunicarse con ella fomenta las relaciones de confianza y el trabajo es mucho más productivo.

Es posible que al principio se observen más debilidades que fortalezas, ya que se trata de emprender un cambio de paradigma global y pequeños cambios que están muy impregnados en los profesionales, por lo que conlleva a la vez un cambio de mentalidad. Es posible que aparezcan cuestiones como: pérdida de tiempo, es un modelo utópico que no va a funcionar y perjudicará en su día

a día, carecen de espacios de tiempo para hablar con los residentes y elaborar las historias de vida, temor a hablar con las familias...

Hay que delimitar las tareas de cada profesional:

-Equipo de Atención Directa (gerocultoras); encargadas de realizar las historias de vida de su grupo de referencia que no serán más de siete residentes. Ellas hablarán con la persona, le explicarán lo que van a hacer, como quiere participar, y ellas escribirán siguiendo los puntos que se les ha dado en la historia de vida de la persona, de acuerdo a lo que le ha contado. Cuando tengan algún problema o alguna cuestión sobre algún miembro de su grupo y que haya que trasladar a las familias, en primer lugar se lo comentarán a la trabajadora social y se valorará cómo abordar dicha cuestión.

-Trabajadora Social; escuchará al equipo de atención directa en cuanto a problemas o dificultades que encuentren, demandas que hay que trasladar a las familias y será el apoyo de las gerocultoras en todo el proceso, colaborando con ellas en todo lo que se le requiera.

Cuando las gerocultoras recaben la información acerca de una persona residente se la entregarán a ella, que será la encargada de diseñarla con la persona, escribirla adecuadamente (o que la escriba el residente, si fuera posible), añadir fotos y decorarla al gusto.

Apoyará a las gerocultoras en el trato con la familia, interviniendo para que cuando se pueda, sean ellas las que se comuniquen con los familiares.

En el caso de personas residentes con un deterioro cognitivo importante, la historia de vida se realizará conjuntamente con la familia estando siempre presente el residente. Y en los casos de personas residentes que estén incapacitadas judicialmente, se contará con el permiso de la familia.

-Equipo técnico; el proyecto de vida será tarea de los profesionales técnicos (terapeuta ocupacional, trabajadora social, enfermero y fisioterapeuta), que de acuerdo a la historia de vida de cada persona y con el apoyo de la familia, diseñarán junto con el residente su proyecto de vida, de acuerdo a sus deseos y preferencias.

-Dirección; apoyo en todas las cuestiones que se planteen.

Cuando se explican las tareas de cada profesional, la saturación inicial y las debilidades del primer momento acaban por convertirse en fortalezas, aumentando la motivación de todo el equipo.

Hay que informar a los familiares del proceso de cambio que se llevará a cabo en el centro, en estos casos, lo más conveniente es redactar una carta informativa que introduzca todos los cambios que se quieren implantar en el centro, las novedades y el porqué de dichas modificaciones.

A continuación se presenta un análisis DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades) donde se muestran y analizan cuestiones que están pre-

sententes en el momento de incorporar el modelo de atención centrada en la persona en el centro.

FORTALEZAS

- Motivación del personal técnico y dirección por incluir el modelo ACP
- Colaboración con dos expertas en materia de formación
- Ilusión en algunos miembros de atención directa

DEBILIDADES

- Mentalidad cerrada por parte de algunos miembros del personal directo
- Reacios a los cambios
- Necesidad de formación específica y énfasis en los instrumentos
- Falta de experiencia

OPORTUNIDADES

- Aprendizaje en formación y ACP
- Mejor clima de trabajo
- Mejor relación con las familias, más confianza

AMENAZAS

- Temor a no aplicar correctamente el modelo
- No formar un adecuado equipo de trabajo y no responder a las expectativas
- Problema de confidencialidad
- No ejecutar los proyectos de vida

Cuando se inicien las historias de vida, es recomendable empezar por una persona “sencilla”, es decir, con escaso deterioro cognitivo, conversadora, con la que ya tengan un vínculo de confianza... para no perder la motivación al inicio y observar que al final, no es tan difícil como se pensaba. Las dificultades cada vez serán menores y la motivación mayor.

La historia de vida es un documento único de la persona, en el que debe aparecer sólo lo que la persona nos cuente y si es posible, según nos lo cuente. Uno de los inconvenientes del proyecto dentro de este ámbito rural, es esto. Las personas saben de antemano cosas de otras personas, y eso no debe servir para que sea el profesional de referencia quien escriba su historia, pero también es cierto, que puede servir como punto de apoyo para entablar una conversación y/o guiar la misma en una determinada dirección, enfocándola hacia lo que sabemos que ha hecho esa persona en el pasado, pero siempre siendo ella la que cuente su vida.

Aunque el personal de atención directa y el personal técnico son los implicados directamente en este proceso, es necesario informar al resto de personal para que estén informados y trabajen en la misma línea que el resto. Con la implan-

tación de este nuevo modelo hay que acabar con las prisas, hablar con los residentes y explicar lo que se va a hacer en cada momento sin tratarles como objetos, pensar en primer lugar en el bienestar de los residentes y en segundo lugar en los tiempos de las tareas pautadas...

El proyecto de vida será el siguiente paso, una vez estén elaboradas las historias de vida el personal técnico establecerá junto con la persona residente, persona de referencia y familia el plan a seguir para poner en prácticas los deseos de cada persona. Indicar un plan de trabajo que estipule lo que se va a hacer, cómo se realizará, cuándo, y con quien.

6. RESULTADOS

A continuación se presenta una encuesta de valoración dirigida al personal de atención directa (ANEXO VI), con el objetivo de analizar los resultados obtenidos una vez se ha implementado en el centro el modelo y se han puesto en marcha las historias de vida, y observar si ciertamente es viable su incorporación. Tiene en cuenta la experiencia y opinión de éstos profesionales en cuanto a la valoración y puntuaciones de ítems como:

- 1) Valoración del bienestar y calidad de vida de las personas mayores, así como el fortalecimiento de los vínculos

Todos los profesionales coinciden en que el bienestar y calidad de vida de la persona así como el fortalecimiento de las relaciones entre trabajador-residente son muy positivas (máxima puntuación, 10).

- 2) Valoración de la utilidad de las historia de vida

En cuanto a la utilidad del conocimiento de la biografía de cada residente para llevar a cabo su trabajo, la mayoría entiende que sí es importante y necesario (puntuación general, 8)

- 3) Valoración del modelo de Atención Centrada en la Persona

Respecto a si consideran sí es positivo o no implementar este nuevo modelo de atención personalizada en el centro, coinciden en que así es (puntuación media, 9,3)

- 4) Puntuación personal en la realización de las historias de vida, así como posibles dificultades

En el aspecto de si se han sentido cómodas realizando las historias de vida, hay diversidad de opiniones y en este caso bastante extremas, hay profesionales que se han sentido muy cómodas y han disfrutado y por el contrario otro grupo que entiende que no ha estado relajada realizando las historias y por lo tanto, no ha estado cómoda (puntuación media, 7,12).

Respecto a si han encontrado dificultades para llevarlas a término, nos encontramos en la misma situación que en la anterior cuestión, parece que las que se han sentido cómodas no han encontrado grandes dificultades y aquéllas que

encuentran dificultades coinciden con las que no se sintieron cómodas (puntuación media, 7,25)

5) Valoración de las sesiones formativas

La valoración general es bastante positiva (puntuación media, 8,5), indican que si han resultado productivas aunque en algunos casos entienden que podían haberlo sido más si se profundizase en asuntos más teóricos y no sólo en el feedback de experiencias.

Los modelos conservadores creen que un modelo de atención centrada en la persona eleva los costes en la atención, por lo que muchas empresas con fines mercantiles prefieren no apostar por dicho modelo.

Como se ha visto en el estudio planteado y analizado a lo largo del trabajo, los costes económicos y de ratios de personal son mínimos.

El personal sigue siendo el mismo, no se ha visto aumentado en ningún momento y respecto los costes económicos invertidos no han sido más que las sesiones formativas a cargo de una empresa externa.

Con la nueva normativa en Castilla y León (DECRETO 14/2017, de 27 de julio, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a personas mayores en Castilla y León), hay una nueva configuración de las plantillas de personal técnico, permitiendo a la entidad titular, elegir a los profesionales que crea conveniente y que mejor puedan desempeñar sus funciones de acuerdo a los usuarios y sus demandas.

Los resultados obtenidos son bastantes positivos en este aspecto, ya que a nivel económico no hay grandes inversiones y la respuesta por parte de los profesionales es realmente buena; dignifica y cualifica la profesión que tantas veces se infravalora por parte de la sociedad basándola en meros cuidados asistenciales y en consecuencia genera ilusión, motivación y aumenta la autoestima profesional.

El proyecto favorece la reflexión que tanta falta hacía entre el personal, y a cambios positivos de actitud.

7. CONCLUSIONES Y APORTACIONES PERSONALES

Caminar hacia modelos de Atención Centrada en la Persona es un viaje largo y difícil pero que muchos servicios gerontológicos en España ya están iniciando, pero todavía a día de hoy existen centros tan diversos y que ofrecen diferentes servicios.

Hasta no hace mucho tiempo, la beneficencia era la base del sistema de los centros de atención a personas mayores y ciertamente, se ha ido avanzando hacia nuevos modelos. Hablamos de una transformación completa a nivel cultural y a nivel organizativo que, aunque se conocen sus riesgos y dificultades, a través de experiencias internacionales y nacionales muestra importantes beneficios no sólo para las personas usuarias, sino también para los profesionales y la propia organización.

Abre nuevos horizontes al proceso de envejecimiento y propone el tipo de cuidados y atención que nosotros mismos querríamos en caso de necesitarlos: no perder el control de nuestras vidas en decisiones del día a día, poder continuar con el proyecto de vida acorde a la historia de vida y llenar la vida de acuerdo a nuestros gustos, deseos y preferencias.

Es importante señalar los logros conseguidos con los modelos anteriores y armonizarlos con el bienestar de las personas otorgándoles el papel nuclear de protagonistas teniendo el control sobre su atención y vida cotidiana.

A modo de síntesis señalar algunas consideraciones:

-Es necesaria una atención profesionalizada basada en el empoderamiento y la autodeterminación, alejándonos de todos los modelos anteriores en los que imperaba el paternalismo y la infantilización.

-Supone un nuevo ordenamiento profesional y la inclusión de nuevas competencias por parte de las gerocultoras con la puesta en marcha de intervenciones centradas en las preferencias y deseos de las personas, enfatizando sus potencialidades y no sus déficits y/o necesidades, por lo que instrumentos como el profesional de referencia, la Historia de Vida y el Proyecto de Vida se convierten en instrumentos esenciales.

Además, la mejora de la calidad de vida favorece claramente en el bienestar subjetivo de las personas mayores, combatiendo situaciones de dependencia y mejorando su funcionalidad.

-En cuanto a los profesionales, la satisfacción laboral es mucho mayor y el estrés menor, así como mayor gratificación y satisfacción laboral, mejorando el clima de trabajo y optimizando recursos.

-Formación a todos los profesionales implicados pero más especialmente a los de atención directa, y en centros residenciales de gran capacidad donde el trabajo es muchos más elevado y estresante.

-Concienciación y motivación personal y profesional para cambiar la situación de los centros residenciales actuales, orientando la cultura gerontológica hacia la calidad de vida de las personas, asegurando la dignidad en los procesos de envejecimiento.

No obstante, queda, un largo recorrido. La finalidad de los centros y servicios gerontológicos que precisan cuidados, continúen avanzando hasta la excelencia, convirtiéndose en apoyos que permitan a las personas mayores continuar con su vida. Trasformar estos lugares en zonas amigables y deseables donde las personas se sientan cómodas y quieran pasar allí tiempo y vivencia, rompiendo el mito de que las residencias son como hospitales. Un trabajo duro que supone grandes esfuerzos, pero que sin ninguna duda, merece la pena.

A la hora de diseñar el Trabajo Fin de Máster uno de los puntos que tenía claros era la relación que pudiera tener con mi práctica profesional y con mi verdadera vocación, que es la atención a las personas mayores.

No hace mucho tiempo que vengo trabajando con este colectivo, ya que hace escasos tres años finalicé mis estudios en Trabajo Social y casi dos que trabajo profesionalmente con personas de edad avanzada. Durante este tiempo he podido observar las diferentes formas de trabajo que los diversos profesionales emplean, y bien es cierto que en ocasiones la falta de motivación e incluso la frustración se convierten en una realidad en la atención e intervenciones, por motivos diversos.

Este trabajo responde sin embargo al convencimiento real de que la atención debe ser claramente centralizada y personalizada, favoreciendo la autonomía personal de las personas residentes y favorecer su autodeterminación. La revisión bibliográfica realizada ha favorecido en mi conocimiento personal y profesional acerca del modelo y sus especificaciones teóricas. Es importante tener una base intelectual para poder ejercer una adecuada y correcta praxis, en este caso con personas mayores en un centro de carácter residencial.

Basándome en una situación real, el proyecto de investigación desarrollado así como su estudio, ha aumentado y fomentado aún más el conocimiento de mi entorno de trabajo y la viabilidad práctica de la implementación de este modelo de atención, con sus debilidades y amenazas como con sus fortalezas y oportunidades, aumentando mi creencia y persuasión con respecto esta forma de trabajo.

Estoy convencida que la elaboración de este trabajo ha supuesto aún más una apertura de mente a nivel profesional en mi día a día, que hay que asumir cambios y riesgos que por supuesto, requieren esfuerzos y compromisos por parte de todos, que el camino que me queda por recorrer a nivel individual aún es muy largo pero que sin duda, quiero inculcar en mi centro de trabajo y en los profesionales que me acompañan.

8. BIBLIOGRAFIA

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

Cloninger, S. (2003). "Teorías de la personalidad" . México: Pearson Education.

De Silva, D. (2014). "Helping measure person-centred care". London: The Health Foundation.

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

Journal of the American Geriatrics Society. (2015). *Person-Centered Care: A definition and essential element*.

Kitwood, T. (1997). "Dementia reconsidered: the person comes first". Maidenhead-Berkshire: Open University Press.

Koren, M.J. (2010). "Person-Centered Care for nursing home residents: The Culture-Change Movement". *Health Affairs*, 29, 2, 321-317.

López, A., Marín, A. I., y De La Puente, J. M. (2004). "La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica". *Siglo Cero: Revista española sobre Discapacidad Intelectual*, 35 (1), nº 210.

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>

Morgan, S. & Yoder, L. (2012). "A concept analysis of person centered care. *Journal of Holistic Nursing*", 30 (1), 6-15.

OMS. (2015). "Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud".

Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf

Pindado, F. (2015). "Hacia una única catalogación de los derechos fundamentales: los derechos económicos, sociales y culturales de las personas con discapacidad como derechos fundamentales". Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf

Rodríguez, P. (2004). "Envejecimiento en el mundo rural: necesidades singulares, políticas específicas". *Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias*, IMSERSO, Nº 11.

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. (2013). "La Atención Integral y Centrada en la Persona". Colección Papeles de la Fundación, Nº 1. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal.

Fuentes consultadas:

Portal web: Ayuntamiento de La Pedraja de Portillo

Portal web: Junta de Castilla y León. Proyecto Mi Casa.

ANEXOS

ANEXO I

**FUNDACIÓN
EL MANDAMIENTO NUEVO
RESIDENCIA VIRGEN DEL CARMEN**

CARRETERA VALDESTILLAS, 22. 47196 LA PEDRAJA DE PORTILLO (VALLADOLID)

FOTO

HISTORIA DE VIDA

FECHA DE INGRESO.....

DATOS PERSONALES

APELLIDOS..... **NOMBRE**.....

ESTADO CIVIL.....

D.N.I.....

FECHA DE NACIMIENTO.....

LUGAR DE NACIMIENTO.....

PROVINCIA.....

DATOS FAMILIARES

NOMBRE Y APELLIDOS	TELÉFONO	PARENTESCO

CONVIVENCIA

CONVIVENCIA

Vive solo/a
Con su cónyuge
Otros centros

Con algún hijo/a
Con otro familiar
Alterna estancias entre hijos

ASPECTOS CULTURALES

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Analfabeto
Lee y escribe con dificultad

Estudios primarios
Graduado Escolar

Formación profesional
Bachillerato

Título de grado medio
Título de grado superior

AFICIONES PERSONALES:

.....
.....
.....
.....
.....

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD):

❖ **Alimentación:**

Dependiente _____.

Independiente _____.

❖ **Aseo personal / baño:**

Dependiente _____.

Independiente _____.

❖ **Vestido:**

Dependiente _____.

Independiente _____.

❖ **Uso del inodoro:**

Dependiente _____.

Independiente _____.

❖ **Sale a la calle:**

Dependiente _____.

Independiente _____.

OBSERVACIONES:

--

SALUD Y ASISTENCIA

DATOS MÉDICOS:

- Seguridad social:
- Seguro privado:

ALERGIAS:

MEDICAMENTOS A EVITAR:

ANTECEDENTES:

DIETA		INCONTINENCIA	

Deterioro cognitivo:

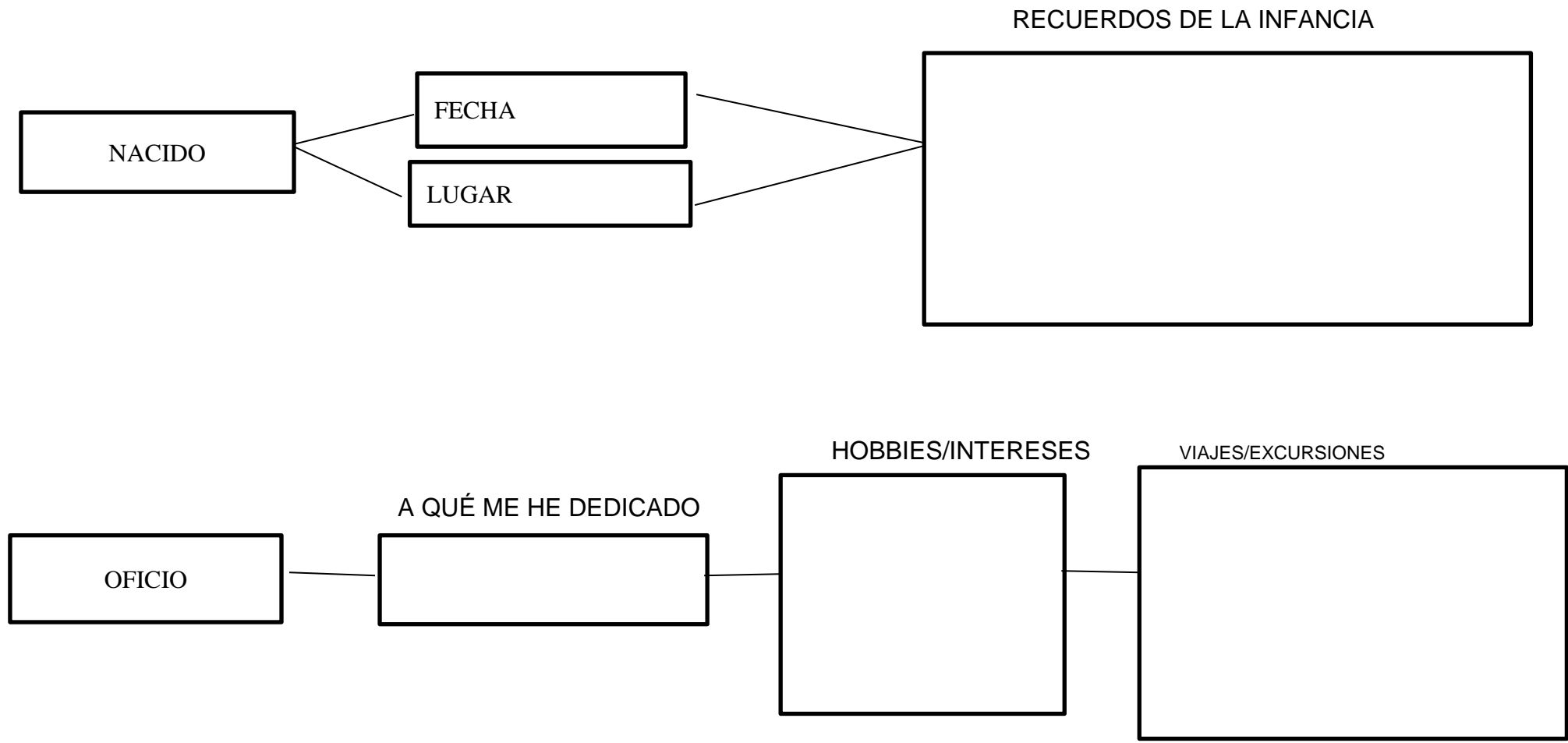
- Leve Moderado Grave No presenta

OBSERVACIONES:

--

ANEXO II

LA HISTORIA DE VIDA DE.....



ORGANIGRAMA FAMILIAR

ETAPAS DE MI VIDA

INFANCIA Y JU- VENTUD	Padres: Hermanos: Relaciones familiares:
VIDA ADULTA	Familia: Experiencias:
VEJEZ	Jubilación: Familia:

MI DÍA A DÍA

COSTUMBRES SOBRE EL VESTIDO	COSTUMBRES SOBRE ASEO E HIGIENE	COSTUMBRES SOBRE ALIMENTACIÓN	COSTUMBRES SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA	COSTUMBRES SOBRE EL SUEÑO
TIPO DE ROPA	FRECUENCIA	GUSTOS/PREFERENCIAS	TIPO DE VIDA	HÁBITOS
COMPLEMENTOS/ROPA	COSTUMBRES	CANTIDAD	EJERCICIO QUE PRÁCTICA	HORARIOS
BISUTERIA		ALIMENTOS QUE GUSTEN MENOS	PERIODICIDAD	COSTUMBRES

ACTIVIDADES/AFICCIONES

ACTIVIDADES QUE LE GUSTAN

ACTIVIDADES QUE PARTICIPA

OTRAS AFICCIONES

MIS EMOCIONES

DATOS SOBRE CARÁCTER/FORMA DE SER

¿QUÉ ME PRODUCE FELICIDAD?

¿QUÉ COSAS ME ENFADAN/MOLESTAN?

MIS PREOCUPACIONES

VISITAS

¿QUÉ VISITAS ME HACEN MÁS ILUSIÓN?

COSTUMBRES

CELEBRACIONES HABITUALES (cumpleaños, santos...)

VIVENCIAS RELEVANTES Y ALGUNAS EXPECTATIVAS

LOS MOMENTOS MAS IMPORTANTES DE SU VIDA

LOS MEJORES RECUERDOS

CÓMO LE GUSTARÍA TENER SU HABITACIÓN

ANEXO III

LA HISTORIA DE MI VIDA

¿QUIÉN SOY YO?

MI INFANCIA

MI ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

MI MADUREZ

ASÍ SOY AHORA...

ME GUSTA...

MIS MEJORES RECUERDOS...

MIS EXPECTATIVAS DE FUTURO...

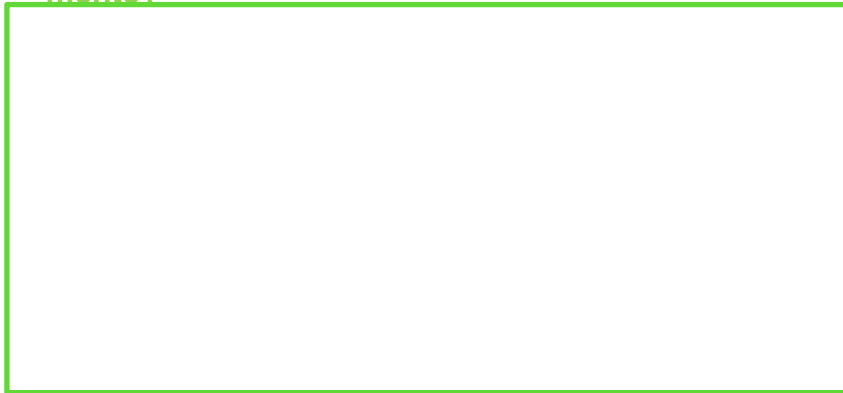
ANEXO IV

PROYECTO DE VIDA

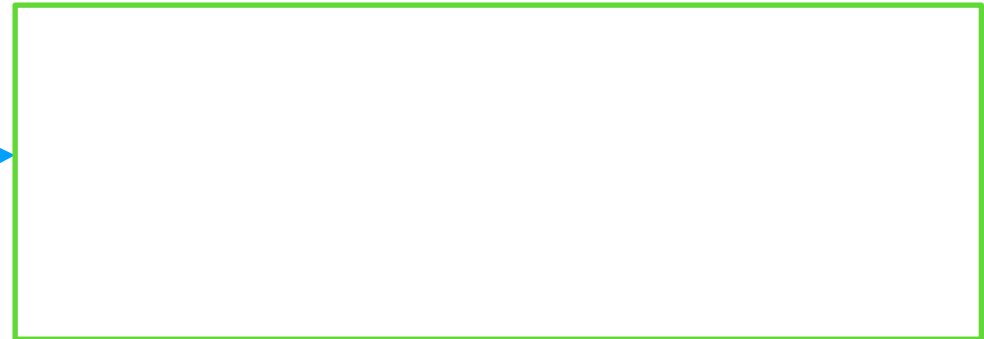
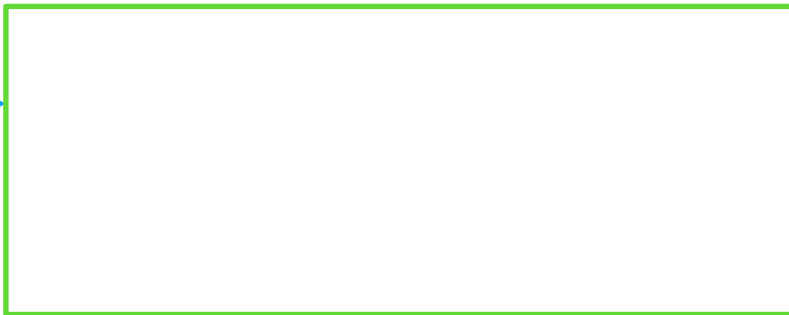
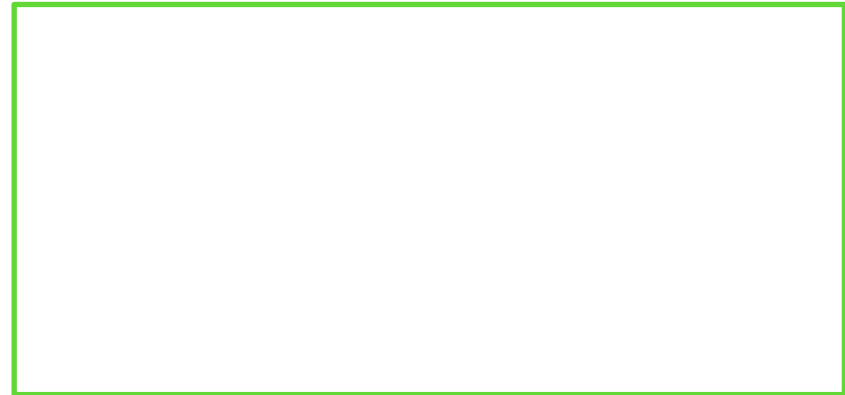
1. RESUMEN DE LA HISTORIA DE VIDA

2. DESEOS Y PREFERENCIAS

¿Cómo quiero que sea mi rutina?
mente?



¿Qué quiero hacer periódica-



3. PLAN A SEGUIR

DESEO

¿CÓMO SE VA A HACER?

¿CON QUIÉN?

¿CUÁNDO?

ANEXO V

FICHA DE SEGUIMIENTO

RESIDENTE:
PERSONA DE REFERENCIA:

Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	

ANEXO VI

Realizado el Master en “*Discapacidad, Autonomía Personal y Atención a la Dependencia*”, por la Universidad Menéndez Pelayo, Fundación Once y en colaboración con la Fundación Derecho y Discapacidad, y con motivo del Trabajo Fin de Master, enfocado hacia el nuevo modelo de Atención Centrada en la Persona, a continuación, se presenta una encuesta anónima dirigida a profesionales de atención directa con el fin de realizar un pequeño estudio y poder incluir el mismo en dicho trabajo.

(Se entiende 1 como la mínima puntuación y 10 como la máxima)

1) ¿Cómo de importante valora el bienestar y calidad de vida de los residentes?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2) ¿Considera importante y positivo fortalecer las relaciones con los residentes?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3) ¿Cómo de útil para su trabajo cree que es conocer la biografía de cada residente?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4) ¿Cree que es positivo implementar este modelo de Atención Centrada en la Persona en el Centro?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5) ¿Se ha sentido cómoda realizando las Historias de Vida con su grupo de residentes?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6) ¿Ha encontrado grandes dificultades a la hora de llevar a cabo las Historias de Vida?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7) ¿Cómo de útil le han resultado las sesiones formativas realizadas?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gracias por su colaboración.