



**Universidad**  
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

FACULTAD DE CIENCIAS Y DEL TRABAJO

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Análisis de los usuarios del Centro CAI-  
OZANAM. APARTAMENTOS TUTELADOS.

Evaluación desde la perspectiva de aplicación  
al modelo Atención Gerontológica Centrada en  
la Persona

**Alumna:** Ma. Jesús Lafarga Sancho

**Director:** Ángel Sanz Cintora

Curso de Adaptación al Grado de Trabajo Social  
Zaragoza, octubre de 2014



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y del Trabajo  
**Universidad** Zaragoza



**Universidad**  
Zaragoza

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>3</b>
<b>CAPÍTULO I: JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO .....</b>	<b>4</b>
1. Introducción .....	4
2. Justificación del trabajo .....	4
3. Objetivos.....	6
4. Ámbito de aplicación .....	6
5. Metodología .....	6
6. Estructura del trabajo .....	7
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>8</b>
7. Percepciones de las necesidades de las personas mayores .....	10
8. Políticas sociales en España.....	13
9. Alojamientos alternativos.....	16
10. Aproximación al modelo de Atención Centrada en la Persona.....	21
11. Aproximación al modelo de Atención Integral Centrado en la Persona.....	28
12. Aproximación al modelo de Atención Gerontológica Centrada en la Persona.....	36
<b>CAPÍTULO III INFORME, ANALISIS DEL TRABAJO E INTERVENCIÓN .....</b>	<b>43</b>
13. Informe de la institución. ....	44
14. Análisis y características .....	50
15. Proceso de Atención a los residentes .....	66
16. Revisión y propuestas de mejora.....	82
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>90</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO: TABLAS 1 Y 2: DIMENSIONES Y COMPONENTES.</b>	
<b>TABLA 3: INSTRUMENTO DE VALORACIÓN</b>	

## **AGRADECIMIENTOS**

Quisiera expresar en unas líneas mi agradecimiento a todas las personas que han colaborado en la realización de este trabajo. Personas que me han acompañado dedicando su sabiduría y tiempo.

En primer lugar quiero expresar mi agradecimiento al director del Trabajo Fin de Grado, D. Ángel Sanz Cintora por su tiempo y dedicación para que este trabajo se hiciera realidad.

También a la Fundación Federico Ozanam, y en particular a Ana Gómez Ortiz, directora del Centro CAI-OZANAM, así como a todos los compañeros que me han ofrecido su colaboración y saberes en la atención a nuestros mayores.

Deseo también expresar mi agradecimiento a la Fundación Pilares y a la Fundación Matía por compartir sus conocimientos que me han permitido conocer las herramientas necesarias para su realización, así como para iniciar una nueva andadura en el campo profesional.

Y por último a todas las personas y en particular a mi familia que han tenido paciencia y me han animado a seguir adelante en los momentos de más dificultad.

Gracias a todos, ya que sin ellos hubiera sido muy difícil realizar este trabajo.

# **CAPÍTULO I: JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO**

## **1. Introducción**

La vejez que debería ser una etapa de plenitud y de sabiduría, en muchas ocasiones se convierte en muchas ocasiones en una etapa llena de dificultades que deterioran su calidad de vida. La soledad se como consecuencia del debilitamiento de las redes familiares tradicionales, la falta de recursos y si los hay no pueden acceder.

En la inauguración de la Reunión Técnica Internacional Ángel Casado Rodríguez (2006, citado en Díaz, C. 2007 p 48), destacó el papel fundamental que iba a tener la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) para las personas mayores que viven solas: "la atención a la dependencia combina por una parte a las personas que no pueden valerse por sí mismas y quienes cuidan de ellas y por otra promover acciones encaminadas a promover la vida autónoma de las personas con discapacidad y de las personas que viven solas".

Esta realidad, a día de hoy, no se ha visto cumplida. En los estudios y análisis, propios y ajenos, sobre el cuidado a las personas mayores realizados por FEKOOR y Fundación Bizitzen (2012) detectan que la mayoría de los cuidados y atención se sigue realizando principalmente por las mujeres o por la red más cercana de la misma.

Si bien es cierto que ser mayor no significa ser dependiente, la edad es un factor que hace a las personas más vulnerables y precisan diferentes cuidados. Cuidados que, la mayoría de las veces, tienen que ser permanentes e incluso se tienen que intensificar debido al progresivo deterioro de la persona por patologías o lesiones adquiridas.

No se trata de buscar modelos que den respuesta a las necesidades identificadas, sino que es necesario que las personas se incorporen en la definición de sus necesidades y en la puesta en práctica de sus planteamientos de atención teniendo en cuenta la potenciación de las capacidades mantenidas (Bermejo L. 2009).

La experiencia profesional me ha permitido conocer más de cerca esa realidad. Realidad que no es valorada, ni por la sociedad, ni por las Instituciones Públicas, cuando deberían ser prioritarios y ocupar la primera línea de las políticas sociales.

La existencia de centros como los Apartamentos Tutelados supone una nueva forma de entender y trabajar con las personas mayores que forman parte de ese grupo de no “elegidos” por la Ley. El sueño de un nuevo modelo de protección social, basado en el reconocimiento de derechos subjetivos, no se cumple, en particular, para el grupo de mayores que quedan fuera de los límites establecidos por la Ley y el Baremo.

A pesar de necesitar una atención especializada por presentar problemas psiquiátricos, patologías crónicas y todo ello unido a la diversidad de personas que por su cultura, biografía, soporte familiar, falta de recursos, etc. Demandan cada vez con mayor claridad el derecho a que los apoyos no se centren solo en objetivos asistencialistas dirigidos al tratamiento de sus enfermedades y/o a reducir su situación de dependencia, sino que plantean la necesidad de actuaciones dirigidas a la promoción de su autonomía personal y a su inclusión activa en la comunidad.

Como Trabajadora Social del Centro CAI-OZANAM. Apartamentos Tutelados y Centro de día, el haber participado en el proceso de implantación del Sistema de Calidad, junto con el resto de profesionales de las diferentes áreas, y tras haber estudiado el modelo de AICP, me gustaría aportar al equipo interdisciplinar aquellas herramientas que ayuden a mejorar la atención de las personas y mejorar su bienestar.

## **2. Justificación del trabajo**

El presente trabajo responde a conocer el perfil de las personas mayores que se alojan en los apartamentos tutelados que no son usuarios de la Administración por ser personas autónomas y en la LAPAD serían considerados sin grado, o en su caso, Grado I, y el deseo de profundizar en el modelo de Atención Centrada en la Persona.

### **3. Objetivos**

a. Objetivo general:

El objetivo de este trabajo es doble, por una parte trata de evidenciar la necesidad de la existencia de alojamientos alternativos, como los apartamentos tutelados del centro CAI-OZANAM después de diez años de andadura, y, por otra, reflexionar sobre el modelo de Atención Centrada en la Persona, partiendo de lo se viene haciendo, con ánimo de revisión y de incorporar nuevas propuestas que favorezcan la máxima calidad y el bienestar de las personas mayores.

b. Objetivos específicos:

- Analizar el perfil de los residentes a 1 de abril de 2004 (primer año de su inauguración) y diez años después (1 de abril 2013).
- Analizar las fortalezas y debilidades de la intervención ofrecida, de acuerdo al enfoque Atención Centrada en la Persona.
- Favorecer la adquisición y práctica de competencias profesionales adecuadas al modelo de atención Integral Centrada en la persona en su aplicación a las personas mayores.
- Desarrollar líneas de actuación proponiendo mejoras en la atención según el enfoque ACP.

### **4. Ámbito de aplicación**

El estudio se basa en los datos del trabajo realizado en el Centro CAI-OZANAM. Apartamentos Tutelados y Centro de Día, durante dos años concretos.

### **5. Metodología**

El presente trabajo recoge un estudio de carácter descriptivo, cuya técnica de investigación ha sido el análisis de contenido y estadístico de los expedientes de los residentes a 1 de octubre de 2004 y a 1 de octubre de 2013 y una evaluación del modelo de funcionamiento de los apartamentos.

En primer lugar, se ha desarrollado el planteamiento y diseño de investigación. Para ello se ha realizado:

- Una revisión bibliográfica genérica, para conocer las características de las personas mayores (demografía, necesidades, dependencia, etc.,) y una revisión más específica del modelo de Atención Integral Centrado en la Persona en su aplicación en los centros de personas mayores.
- Un análisis de las características individuales, a través de diferentes variables como edad, sexo, etc., de los residentes que permanecieron en el centro, en los años de referencia.
- Una comparación entre el modelo de atención que se ofrece en el Centro y el modelo estudiado, con el objeto de proponer mejoras en la atención y cuidado de las personas mayores.

## **6. Estructura del trabajo**

Este informe se estructura en los siguientes apartados:

En primer lugar se presenta una aproximación teórica sobre el objeto de estudio, es decir sobre aspectos sociodemográficos del envejecimiento, dependencia, necesidades que presentan las personas mayores, alojamientos alternativos y modelo de atención centrada en la persona.

En segundo lugar se presenta un Informe de la Institución, diagnóstico social de las personas que residen en los Apartamentos Tutelados e intervención.

En tercer lugar se recogen por un lado la evaluación del modelo de funcionamiento y por otro las conclusiones del estudio, así como las propuestas o recomendaciones que se derivan del mismo.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

El envejecimiento de la población es una de las tendencias más significativas a lo largo del siglo XXI. Es una característica que afecta a la población mundial, con especial incidencia en los países desarrollados gracias a las políticas sociales, sanitarias y del crecimiento socioeconómico.

El proceso de envejecimiento en España está inserto en la dinámica demográfica que se da en los países desarrollados, si bien con diez años de retraso, pero con un crecimiento más rápido que la media del resto de países europeos. En la actualidad, las personas viven más años gracias a las políticas preventivas, los avances médicos y farmacéuticos, mejoras en la nutrición, el saneamiento, la atención de la salud, la educación y el bienestar económico como señala Fernández Ballesteros (2007, Citado en IMSERSO, 2007 Pp 105-148).

El envejecimiento se puede considerar como problema, pero también como "mejora social sin precedentes con la que conviene aliarse y de la que se pueden obtener ventajas" (Pérez Díaz et al, 2012 citado en Rodríguez, G., Rodríguez, P., Castejón, P. & Morán, E. 2013 P 20). Las mujeres pueden elegir tener hijos o no, cuándo tenerlos y el número de ellos. Los cambios profundos, tanto en la mentalidad como en las prácticas sociales (moral, trabajo, estilos de vida, expectativas) inciden en el descenso de los nacimientos.

No se puede olvidar, que la oleada de inmigración en las últimas décadas ha amortiguado el agudizamiento del envejecimiento de la población. Al mismo tiempo que ha hecho posible la actividad de cuidados en casa evitando la institucionalización. Resultando ser un papel importante para las mujeres de clase media trabajadoras.

El cambio demográfico al que asistimos impone la necesidad de desarrollar y poner en prácticas políticas sociales que atiendan las necesidades reales de las personas mayores que mejoren sus condiciones de vida.

Los avances en materia de salud, políticas sociales, programas sociales dedicados a ellos no significan, como veremos en el análisis de los residentes de los apartamentos, que no sigan enfrentándose a un riesgo importante de bienestar. Ancianos que viven solos, con pocas rentas, barreras arquitectónicas, etc., se enfrentan a situaciones de vida precarias tanto a nivel económico como de salud, vivienda y de relaciones familiares y sociales.

Metchnikoff, (1903 citado en Cristina Filardo Llamas, 2011 p. 206), acuñó el concepto de Envejecimiento, como: *"el conjunto de transformaciones que aparecen en el individuo a lo largo de la vida. Se trata de cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales"*. La edad efectiva de una persona puede establecerse teniendo en cuenta diversas consideraciones que nos permiten diferenciar cuatro tipos de edad: cronológica, fisiológica, psíquica y social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento activo como el "proceso de optimización oportunidades saludables a la participación y seguridad para mejorar la calidad de vida mientras la gente envejece". La definición incluye la noción de extender la actividad de la gente mayor ya sea: en el mundo laboral retrasando su jubilación y/o participando en actividades sociales, económicas, cívicas o culturales". OMS (1990, citado en: Libro Blanco Envejecimiento Activo, 2011, p.265).

Entender el envejecimiento como un proceso, implica observar los ciclos vitales desde una perspectiva diferente a la tradicional que dividía la vida en etapas cronológicas. En ese proceso se van ganando años, pero el modo de envejecer puede variar no solo por factores de genética, sino también por características como la profesión, el sueldo y el estilo o calidad de vida. Envejecer es un reto y hacerlo con éxito o fracaso dependerá de la experiencia y del balance que cada persona haya acumulado a lo largo de la vida.

En la Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud celebrada en Madrid en el año 2007, se concluyó que: *"La enfermedad y no la edad, es la principal causa de dependencia..."* La dependencia es el resultado de la combinación de cambios fisiológicos relacionados con la edad,

las enfermedades crónicas y los procesos agudos o intercurrentes. Todo ello, además, influido por el entorno psicosocial, ambiental y sanitario. Así pues, la instauración de la dependencia no es consecuencia inexorable de la edad al asociarse a otras variables sobre las que sí se puede intervenir, tanto para evitar la aparición del estado de dependencia como para moderar su evolución hacia una mayor gravedad". Gómez Pavón (2007 citado en Mondragón, J., Santamaría, E. & Izaola, A. 2011 p 13).

Ello no significa que no se deba tener en cuenta la edad cronológica al hablar de la vejez, pues representa un indicador social que ayuda a clasificar la población, así como a tipificar la sociedad que tenemos y la que tendremos en el futuro, con objeto de prevenir las necesidades sociales y sanitarias.

Esta nueva mirada del envejecimiento, comenzó a gestarse a finales del siglo XX. La Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptó el término "envejecimiento activo" y sostiene que: "los países podrán afrontar el envejecimiento si los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil, promulgan políticas que mejoren la salud, la participación y la seguridad de los ciudadanos de mayor edad" (2002, citado en OMS 2002 P 99).

El fenómeno del envejecimiento, tal y como nos recuerda la Comisión Europea con motivo del Año del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad intergeneracional (Comisión Europea, 2011), repercute en la estructura demográfica, el mercado de trabajo y la jubilación, la salud, las condiciones de vida y la participación social.

## **7. Percepciones de las necesidades de las personas mayores**

A lo largo de los años todas las personas necesitan apoyos (económicos, relaciones familiares, sociales, etc.), así como se plantean interrogantes de cara a su futuro (estudios, trabajo, dónde vivir, etc.), tienen deseos, ilusiones. En cada etapa de la vida las necesidades, deseos serán diferentes para desarrollar su propio proyecto vital. De ahí que cuando hablamos de personas mayores también tenemos que pensar que ellos también sienten, desean, tienen

intereses, precisan apoyos, cuidados sin que por ello se tenga que negar esa realidad. Ellos también tienen derecho por ser trascendentes en sus vidas.

En este sentido, los proyectos vitales de las personas mayores se diferencian de quienes tienen menos años en que se sitúan al final del ciclo vital y muchos de estas metas de vida que empujan a los más jóvenes, bien ya se han visto cumplidas o bien no tienen el mismo valor. Reconocer esto no significa renunciar a los deseos de las personas mayores ni obviar la dimensión de futuro que también éstas tienen; no obstante, es preciso no perder de vista que, frente a los planes de futuro, cobran mayor importancia en el diseño de las metodologías e instrumentos, objetivos como favorecer la continuidad del proyecto vital o la validación emocional de los mismos.

En la percepción de necesidades hay que considerar la heterogeneidad del grupo social al que nos estamos refiriendo, que está formado, por subgrupos con necesidades diferentes a consecuencia de los distintos niveles sociales, económicos, de dependencia, de las diversas aspiraciones personales, etc.

Según las diferentes encuestas realizadas, Informes sobre el envejecimiento de la población como: Encuesta de Personas Mayores (IMSERSO 2010) y I Plan Estratégico de Servicios Sociales de Aragón 2012-2015 (pág. 48-49) de forma general, se puede decir que los aspectos que generan mayor preocupación entre el colectivo de las personas mayores, por ser determinantes en la calidad de vida, son: la discapacidad y dependencia, en particular a partir de los 80 años; la salud, tanto en relación a su estado como a los recursos sanitarios, suministro de medicación, quién les va a cuidar. También se pueden incluir en este apartado las necesidades percibidas en cuanto al acceso y disponibilidad de los recursos sanitarios para tratamientos determinados, la calidad y accesibilidad a los recursos sociales, servicios de ayuda a domicilio, de alojamientos o residencias. También aumenta la preocupación con relación a la existencia de espacios para poder desarrollar su ocio y tiempo libre; los recursos económicos, en particular a la cuantía e incremento de las pensiones, la independencia económica y la

situación económica familiar. Emergen de forma creciente en las diferentes encuestas.

La mayor parte de las personas mayores se plantean cómo vivir, dónde, con quién y si tendrán recursos económicos para afrontar la nueva situación.

En el análisis de la vida diaria, uno de los sentimientos frecuentes que expresan los mayores es el de la soledad y la necesidad de sentirse más acompañados en su proceso de envejecimiento, ya sea en Instituciones y/o en el domicilio. Los mayores son conscientes de las nuevas situaciones a las que se tendrán que enfrentar. Situaciones como: la necesidad de ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria. Actividades que pasan desde el apoyo en las gestiones administrativas, burocráticas asesoramiento a actividades que tienen que ver con los cuidados personales diarios (aseo, vestido, alimentación, etc.).

Por otra parte, la existencia de barreras arquitectónicas es otra de las preocupaciones para la población mayor: como el acceso al transporte, desplazamientos fuera del hogar, e incluso en el mismo domicilio (viviendas sin ascensor o con tramos de escaleras hasta el ascensor, bañeras, etc.).

El envejecimiento de la población, en el que coexisten grupos de población con características, necesidades e intereses nuevos y diferenciados y cuyo único punto en común es la convergencia de edades, los cambios en la estructura familiar con una mayor participación de la mujer en el mercado de trabajo, el aumento de la movilidad geográfica reducen la prestación de los cuidados informales, constituyen un reto para obtener una población activa y sana. Todo ello podría requerir servicios de cuidados formales adicionales para estos servicios. Servicios que deben ser cubiertos desde una perspectiva multidisciplinar, en condiciones de calidad y con garantía del respeto a la dignidad inherente a la persona, con independencia del lugar en el que viva: (ciudad, mundo rural, en su domicilio o en una residencia).

Atender a estas demandas, implicaría el diseño de políticas sociales en materia de urbanismo, vivienda, transporte, educación, empleo, participación

social.... que tuvieran en cuenta esa nueva realidad y que, hoy por hoy, adolece de graves inconvenientes para responder adecuadamente.

## **8. Políticas sociales en España**

Los estudios, investigaciones, así como los avances en materia de políticas y programas en relación al envejecimiento han sido muy significativos desde mitad del siglo XX, pero sobre todo a partir de los años ochenta. Ejemplo de ello, la Sociedad Española de Gerontología y Geriatria (SEGG), lleva desde el año 1948 dedicada a estudiar, investigar, asesorar y difundir todo lo relativo al envejecimiento, con el objetivo de intervenir desde una óptica científica a que la calidad de vida de los mayores sea cada vez mejor.

Las políticas sobre el envejecimiento se inician en el año 1992, en el que se aprobó el Plan Gerontológico, por el entonces, Ministerio de Asuntos Sociales. Supuso un gran esfuerzo para la ordenación de las políticas sociales en materia de salud, servicios sociales, ocio y cultura y participación, siendo el referente para el diseño de nuevas políticas de envejecimiento tanto a nivel autonómico como local. Este Plan fue actualizado por el Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007 (IMSERSO 2003). En él se asume la idea central del envejecimiento "activo", presente en todos los diseños de las nuevas políticas sociales.

En el año 2006 se aprueba la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de Dependencia (en adelante LAPAD), a la que voy a realizar una breve aproximación porque su normativa supone un "avance social" y en ella se consolida la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas que lo necesitan. Esta Ley marcó una revolución en materia social, pero ya ha sido reformada en plena crisis económica, lo cual ha debilitado el contenido de los derechos reconocidos y ha ignorado una de las características de la Ley: la Promoción de la Autonomía.

Esta Ley marca un hito en lo referente a la provisión de cuidados, deja el viejo modelo contributivo y asistencial, orientado a personas sin recursos y nos

sitúa ante un nuevo Sistema de carácter universal, cuyos servicios y prestaciones constituyen un derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad. Se configura como el cuarto pilar del Estado del Bienestar.

Una de las temáticas del trabajo es que los residentes de los apartamentos, a pesar de presentar diferentes grados de incapacidad funcional que inciden en el desarrollo de la vida cotidiana, no tienen acceso al SAAD como se describe más adelante en el apartado .III.2 (Análisis de los residentes).

El concepto de dependencia supone una pérdida de autonomía física, intelectual, mental o sensorial y hace referencia al concepto de autonomía. La Ley define:

- *Dependencia*: “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, enfermedad o discapacidad, y con falta de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesitan la atención de una u otras personas, o ayudas importantes para la realización de las actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otras ayudas para su autonomía personal» (art. 2).
- *Autonomía*: “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por pura iniciativa decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria” (art.2).

El modo de acceso al SAAD se realiza a través de la valoración del grado de dependencia, mediante el Baremo de Valoración de Dependencia (Real Decreto 504/2007). Si la valoración resulta positiva, el SAAD garantiza la atención de la persona dependiente por parte de las Administraciones Públicas, tanto si dispone de recursos o no. En el caso que el dependiente posea recursos, se le aplicará el copago relacionado con el tipo de servicio y con su capacidad económica.

Una de las características básicas de la LAPAD es la promoción de la autonomía y protección a la dependencia. No obstante la misma Ley sesgó su acción protectora de cara a la dependencia, y con las reformas aprobadas en plena crisis, no solo se ha debilitado el contenido de los derechos reconocidos, sino que muestran un retroceso en el desarrollo de la cartera de servicios, de apoyos y cuidados a las personas en situación de especial vulnerabilidad o dependencia, para los cuáles las medidas preventivas de la LAPAD quedan reducidas a una quimera.

Las nuevas reformas aprobadas por el gobierno en materia de salud, empleo, educación, seguridad social, dependencia, implican retrocesos importantes en el débil desarrollo del Estado de Bienestar, repercutiendo en las condiciones de vida de toda la población y, en particular, en la población de mayor edad. Si nos centramos en la LAPAD, desde 2012 está sometida a Reales Decretos que han vaciado el contenido de la Ley. En este contexto legislativo de políticas de ajuste, nacen las diferentes reformas. Ejemplo de ello es el RDL 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. En él se introducen modificaciones de tal calado que, para algunos autores, estaríamos en la fase de “demolición” de la LAPAD como se planteó en el X Dictamen del Observatorio de la Dependencia (Barriga et al, 2013, p. 2).

Las modificaciones realizadas suponen un recorte en la financiación pública: se reducen las cuantías de las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar en un 15% y, por otro, se establecen medidas como: un mayor nivel de copago a la hora de recibir servicios de atención y prevención, se suspende la incorporación de dependientes con Grado I, se simplifica la valoración a tres grados (se eliminan los niveles), las cotizaciones a la seguridad social de los cuidadores pasan a ser asumidas por los propios cuidadores, etc.

Todas estas reformas aprobadas no solo repercuten en la atención al dependiente, sino que van en contra de todo el camino desarrollado desde que

se acuñó el término “envejecimiento activo”, ya que se dejan de poner los medios para envejecer de forma autónoma el mayor tiempo posible.

La LAPAD no ha aprovechado las deficiencias detectadas a lo largo de los años en las correspondientes evaluaciones, ni las propuestas mejora, sino que ha ido directamente al recorte, pervirtiendo uno de los objetivos de la Ley (su carácter preventivo).

En suma, la reforma de la LAPAD supone por una parte una limitación efectiva del derecho de atención a la dependencia, restringiendo su acceso y encareciendo los costes, así como la negación del mínimo para aquellas personas con dependencia moderada (Grado I) hasta el 2015 ó 2016.

El Sistema deja fuera a determinadas personas mayores, como a los usuarios de los apartamentos, con características y situaciones concretas a tener en cuenta (falta de recursos económicos, problemas familiares, barreras arquitectónicas, limitaciones físicas y psíquicas, soledad, etc.) y que no pueden acceder a una residencia pública por no ser grandes dependientes.

En cuanto al acceso a las residencias públicas, la Ley establece que “la prioridad en el acceso a los servicios vendrá determinada por el grado y nivel de dependencia y, a igual grado y nivel, por la capacidad económica del solicitante” (Art. 14.6); ello supone que para acceder a ellas la persona ha de ser gran dependiente y personas con menos recursos.

## **9. Alojamientos alternativos**

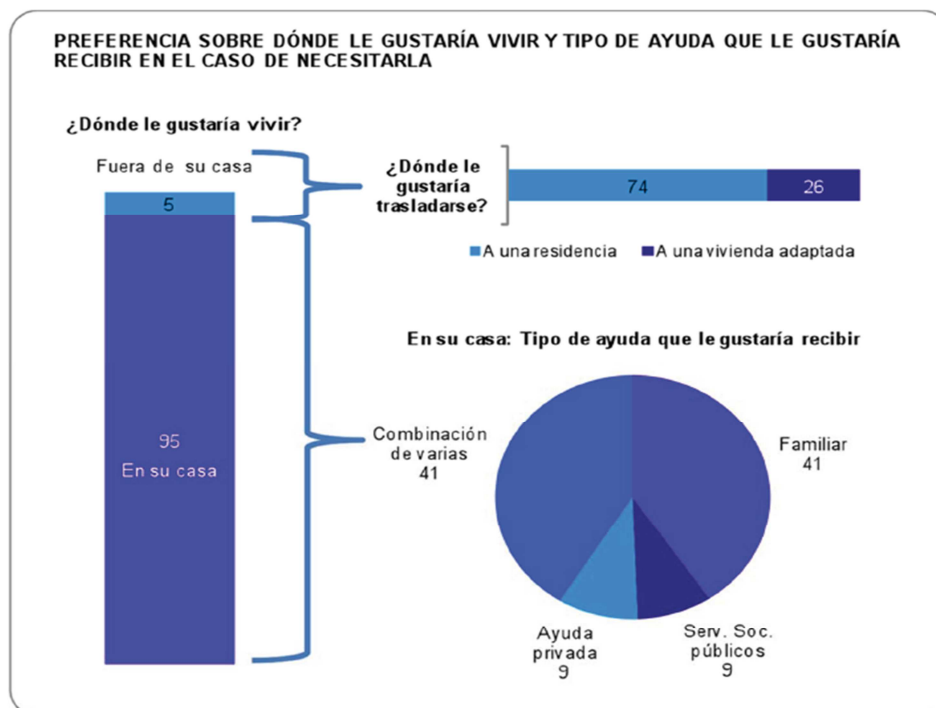
Los alojamientos para las personas mayores han evolucionado en nuestro país, desde los primeros asilos con carácter benéfico-asistencialista, pasando por unos centros donde primaban los aspectos técnicos con una atención asistencialista, hasta el modelo más consolidado hoy en día: macro residencias con diseño hotelero en las que predominan las habitaciones dobles con servicios sociosanitarios dirigidos a personas dependientes.

Sin embargo, a pesar de las transformaciones que se han dado a lo largo del tiempo, las residencias siguen siendo el recurso menos valorado por los

mayores. No obstante, no significa que tengan que desaparecer. Factores como los cambios sociales derivados del crecimiento de la esperanza de vida, de las tendencias de una vida más independiente de las personas mayores, del aumento progresivo de personas que viven solas, de la disminución en el número de hijos, del alejamiento de las generaciones más jóvenes por la inestabilidad laboral, etc., requieren ser tenidos en cuenta para ofrecer servicios profesionales de larga duración.

Las prospecciones solventes, como el estudio de evaluación de modelos de alojamiento para personas mayores al final de la vida Crocucher, K. Hicks, L., Bevan, M & Sanderson, (2008 citado en IMSERSO 2008 Pp 5-16) señalan el atractivo de estos modelos por estar cerca de su red familiar y social y por poder acceder a instalaciones y servicios en función de las necesidades cotidianas. Estos modelos se han cristalizado en lo que se ha denominado modelo *housing* y desarrollan la idea eje de la necesidad de vivir durante toda la vida integrados en el entorno. Y evitar que se produzcan cambios tanto en el bienestar del individuo como en su estado de salud.

En este asunto, la posición de las personas mayores es bastante consistente y homogénea se decantan por encarar el proceso de envejecimiento en su domicilio particular hasta que sea imprescindible abandonarlo, tal y como indican estudios de diversa índole (BASA, 2011, citado en Fundación-Instituto Gerontológico Matía, 2012 P 3)



*Fuente: Informes portal de mayores (2012)*

De los datos de este gráfico ponen de manifiesto el valor del “entorno doméstico y cotidiano” así como el diseño de alojamientos que mantengan las características de “hogar” para aquellas personas que por sus necesidades o características del entorno habitual, no puedan permanecer en él.

Cuanto se plantean la realización de estos alojamientos, sería necesarios además de con las opiniones de los profesionales y expertos con las de los propios usuarios. En los estudios daneses de casos Knudstrup, (2007 citado en Knudstrup, M. 2012 P. 46), señalan el eje central que deben de seguir los alojamientos para las personas mayores en que el “hogar”, entendido como hogar privado, es el concepto que debe prevalecer para evitar situaciones de pérdida de control sobre su propia vida, despersonalización y restricción de las relaciones sociales.

Estos modelos se han desarrollado en países como Suecia, Holanda, Reino Unido, Dinamarca, Estados Unidos, Canadá o Australia desde el año 1980. En estos nuevos tipos de alojamientos se opta por centros integrados en la comunidad, no masificados, en los que las personas pueden continuar con sus hábitos y formas de vida deseadas. Con espacios privados que, incluso, el

residente puede amueblar a su gusto y, con una atención centrada más en las preferencias de las personas, en el respeto a su intimidad y en sus derechos (Pilar Rodríguez, 2011, pp. 6-40). Se trata del modelo *housing* que apuesta por desarrollo de servicios y apoyos para que los mayores sientan que siguen viviendo en su casa.

Entre los nuevos modelos de alojamiento que funcionan en los diversos países, encontramos dos modalidades que se podrían agrupar en torno a dos grupos: el formado por alternativas convivenciales (viviendas tuteladas) y el que opta por alternativas individuales (apartamentos o viviendas con servicios).

- a. Viviendas tuteladas.** En ocasiones se encuentran ubicadas junto a un centro gerontológico (Centro Social, Centro de Día, Residencia...) desde el que se ejerce la tutela. El número de personas autónomas es reducido (4-12) y lo hacen practicando la ayuda mutua. Ofrecen asistencia pero no cuidados de enfermería.
- b. Apartamentos o Viviendas con Servicios.** Son viviendas unipersonales o bipersonales. Cuentan en el mismo edificio con servicios de apoyo en función de sus necesidades. Incluso ellos mismos pueden tomar la decisión de dónde construirlos. Esta manera de vivir es el llamado co-housing.
- c. Acogimiento familiar,** en la que los mayores se integran en una familia que no es la suya.
- d. Unidades de convivencia** dirigidas más a personas que tienen mayor necesidad de ayuda. Suelen estar integradas en edificios residenciales para personas mayores. En ellas se tienen en cuenta los gustos de las personas atendidas y sus preferencias. Están diseñadas en base "al modelo hogar". Su capacidad es de un máximo de doce personas, siendo lo común que en el edificio no existan más de seis unidades. La familia juega un papel importante en la vida cotidiana y profesionales con diferentes grados de formación, están implicados en el proyecto. Se trata de una modalidad de alojamientos con resultados muy positivos en personas con demencia.

Cada modalidad de alojamiento presenta ventajas e inconvenientes; de ahí que no se pueda hablar de cuál debería ser el alojamiento ideal.

Uno de los problemas fundamentales que subyacen en este tipo de alojamientos es que el acceso se restringe a personas sin problemas de dependencia. La experiencia y la evaluación han puesto de manifiesto lo que deben tener en cuenta las situaciones de necesidad de ayuda en las AVDs de sus ocupantes. Ejemplo de ello son las viviendas autogestionadas con apoyo técnico que la Asociación Jubilares ([www.jubilares.es](http://www.jubilares.es)) ofrece en España. Dichas viviendas tratan de garantizar, mediante el acompañamiento técnico durante todo el proceso, que no se comentan errores en la toma de decisiones, que se puedan resolver conflictos de convivencia, problemas jurídicos, etc., así como la buena gestión de apoyos y servicios a medida que se producen las necesidades.

Otro hecho importante cuando nos referimos a los alojamientos es que no solo nos podemos quedar en el diseño (sin barreras arquitectónicas, integrados en la comunidad, etc.), sino que también hay tener en cuenta la intervención psicosocial se fundamente en un modelo de atención que se sustenten en un conjunto de principios (autonomía y elección, participación, integralidad, individualidad, inclusión social, independencia y continuidad) que hacen referencia a la dignidad de la persona y al respeto de sus derechos fundamentales.

Los apartamentos tutelados de la Fundación Federico Ozanam estarían insertos en estos nuevos modelos de alojamientos alternativos como se describe más adelante. (Ver capítulo III). Insertos en el centro de la Ciudad, con servicios sociosanitarios, abiertos a la comunidad. Se aprovechan los recursos del propio Centro (centro de día) y de la propia Institución (servicio de ayuda a domicilio, residencias). Por una parte facilita que la persona que se pueda sentir con en su casa y a la vez recibe las prestaciones, apoyos en función de sus necesidades fomentando siempre su autonomía.

## **10. Aproximación al modelo de Atención Centrada en la Persona**

Cada vez se escuchan más voces de cómo quieren ser tratadas las personas mayores y surgen más estudios preocupados por dar un papel principal a la autonomía de los sujetos a quienes van dirigidas las actuaciones profesionales. Además de los conocimientos disponibles como consecuencia de los cambios sociales que se han producido y que afecta a la demanda de servicios y apoyos (promulgación de los nuevos derechos sociales con normativas tanto a nivel internacional como estatal y autonómico, la evidencia científica resultante de estudios de evaluación, los modelos y tendencias internacionales en el campo de la discapacidad y el envejecimiento y los principales valores de la ética y principios de bioética). Todo ello exige ofrecer apoyos y servicios orientados a la calidad de vida, respeto por la dignidad de las personas que precisan apoyos y atención de larga duración.

La Atención Centrada en la Persona, (denominando Person.Centered Care)<sup>1</sup>, es un enfoque que se lleva desarrollando hace varias décadas en los países más avanzados en políticas sociales como los Países Nórdicos, Canadá y Reino Unido entre otros, tanto en el campo de la salud como de los servicios para atender a las personas mayores que precisan cuidados de larga duración. Parte del reconocimiento de la singularidad y la dignidad de las personas, incluidas las personas mayores. Señalan este nuevo enfoque como uno de los elementos clave para la mejora de la calidad asistencial porque tratan de armonizar los sistemas organizativos de los servicios, con las preferencias y deseos de las personas que precisan atención o cuidados. Entre los principios que figuran en la ACP son: el reconocimiento de cada persona como ser singular y valioso, el conocimiento de la biografía, la apuesta por favorecer la autonomía de personas mayores con interdependencia de éstas con su entorno

---

<sup>1</sup> Se opta por esta denominación como traducción del término Person-Centred/Centered Care (PCC), acuñado internacionalmente desde hace varias décadas y que viene siendo utilizado en campos como la salud, la atención a las personas con discapacidad o a las personas mayores que precisan cuidados de larga duración.

social o la importancia de los apoyos (Nolan, Cols, 2004 & McComack, 2004 (citado en Teresa Martínez, 2013 a P 212).

Su origen lo encontramos en la Psicología Humanista del siglo XX, la que centra todo su interés en la persona. De ahí que sea frecuente atribuir el origen de la Atención Centrada en la Persona (en adelante ACP) a Carl Rogers, psicoterapeuta de la corriente de la psicología humanística, quien formuló la Terapia Centrada en el Cliente. Sus aportaciones, con distintos matices se han trasladado al campo de la educación, de la medicina, etc.

El término ACP, viene siendo utilizado desde diferentes acepciones o significados. En este sentido cabe distinguir al menos tres tipos de acepciones de la ACP (Teresa Martínez, 2013 a P 212): como *enfoque*, como *modelos* que la conceptualizan o desarrollan y como *metodologías de intervención*. En este sentido, se puede hablar de un mismo enfoque pero no de un único modelo. Morgan y Yoder definen la ACP como un enfoque holístico en la atención desde la individualización y respeto, permitiendo la negociación en la atención, ofreciendo elegir en la relación terapéutica y empoderando a las personas para que se impliquen en las decisiones relacionadas con su atención.

En el ámbito de la salud, el IOM (Institut of Medicine. National Academy of Sciences USA) señaló el enfoque PCC (Patien Centered Cared), como uno de los elementos críticos en la redefinición del sistema de salud para la mejora de su calidad en la atención a personas con discapacidad, para que puedan tener control de su propia vida y ésta se desarrolle desde la normalización e inclusión social.

En la atención a las personas mayores también se aprecia en el sector socio-sanitario un creciente interés. Como modelo de intervención con personas mayores el recorrido es corto, no por ello nada despreciable.

En primer lugar, señalar a Pilar Rodríguez, autora del marco conceptual del Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (Rodríguez, P. 2010, 2013), destacando dos componentes de mejora para la calidad de vida de las personas en situación de dependencia; la integralidad y la orientación a la

persona. Esta misma autora, desde la Fundación Pilares, ha creado la Red Modelo y Ambiente para apoyar el intercambio de buenas prácticas con los servicios de asesoramiento personalizado y acompañamiento del proceso.<sup>2</sup>

En segundo lugar, existen materiales útiles, especialmente relacionados con la atención personalizada y la elaboración de planes de atención y apoyo al proyecto de vida, en el ámbito de la discapacidad y en particular, por el tema que nos ocupa en el ámbito del envejecimiento encontramos publicaciones que han servido y sirven para sensibilizar y formar a los profesionales de este sector. Ejemplo de ello son: *Guía de Buenas Prácticas en residencias de personas mayores* (Marín y Cols, 1996), *Los derechos de los residentes y las especificidades del medio residencial ¿cómo compaginarlos?* (SIIS- F. Eguía Careaga, 2011).

Otro documento que ha suscitado gran interés es la *Guía la atención gerontológica centrada en la persona* (Martínez, 2011), editada por el Gobierno Vasco en colaboración con la Fundación Matía en el que se señalan cinco asuntos importantes para llevar este enfoque a la práctica: autonomía, intimidad, entornos cotidianos significativos, presencia de la familia, de los profesionales y de la organización, así como su página web: [www.acpgerontologia.net](http://www.acpgerontologia.net)

Y, en cuanto a experiencias prácticas puestas en marcha, señalar: En el año 2011 se puso en marcha el proyecto Etxean Ondo (En casa bien) promovido por el Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco desde una colaboración con la Fundación Matía, con el objeto de impulsar, a la par que investigar, la aplicación de un modelo de atención centrado en la persona en domicilios y en instituciones (centros de día y residencias). En el sector público se encuentra el proyecto anunciado para la mejora de residencias de la Junta de Castilla y León. En el ámbito privado encontramos entidades como Alzheimer Catalunya, Intress o Cáritas (centro el

---

<sup>2</sup> En [pilares@fundacionpilares.org](mailto:pilares@fundacionpilares.org) se puede solicitar el servicio de apoyo a la Red

Buen Samaritano-Churriana). Y en el ámbito universitario, la Universidad está incorporando acciones formativas de postgrado con estos nuevos modelos de atención, como es el caso de la Universidad de Vic.

A pesar de las distintas experiencias realizadas, podemos concluir que en España, frente a otros países desarrollados, aunque existe un cierto interés por este nuevo modelo, todavía no se ha desarrollado, ni cuenta con el respaldo institucional suficiente.

Por otra parte, adaptar los centros puede resultar complicado. En muchos casos implica revisar e introducir cambios en la cultura asistencial y adaptarse a esta nueva visión donde la dignidad de cada persona, el respeto a su singularidad y el derecho al control de la propia vida son valores nucleares. La existencia de normas derivadas de los objetivos organizativos, la escasa flexibilidad en la atención o en los roles profesionales más centrados en la realización de lo programado que en las personas, merman las oportunidades reales a la hora de realizar los cuidados y dificultan que las mismas participen en la toma de decisiones sobre su vida cotidiana.

A la hora de poner en marcha este nuevo modelo, no exento de dificultades pero que no tiene retorno, es importante que sea la dirección la que tome la responsabilidad, sin que ello signifique que los profesionales no puedan introducir mejoras en las intervenciones.

En la actualidad existen dos claros referentes teóricos a la hora de afrontar la atención de las situaciones de discapacidad, de envejecimiento o de dependencia que provienen de los diferentes sistemas y tradiciones, como son la “**atención integral**” y, por otro lado la “**atención centrada en la persona**” (ACP).

En el primero de ellos, se parte de una organización de servicios que sea capaz de responder a las diferentes necesidades de las personas. En este enfoque el **eje orientador del diseño de los sistemas y de la planificación y de la organización y gestión de los servicios** están

coordinados entre sí para poder ofrecer una buena atención a las personas que lo necesitan.

Se exige tener en cuenta todos los aspectos que nos constituyen como personas relacionados con el cuerpo (biomédicos), los que tienen que ver con nuestro funcionamiento psicológico, social y los que atañen al entorno medioambiental en el que nos desenvolvemos (vivienda, al centro que acudimos, barrio, lugares de interacción y participación social y de ocio, el contacto con la naturaleza). Ello **requiere intervenciones globales e integradas y flexibles**, no solo desde los servicios sociales y los sanitarios para que las personas que requieran atención de ambos sectores la reciban de forma conjunta y continuada, sino también es necesario desarrollar intervenciones coordinadas tanto entre niveles de los servicios sociales (primaria y secundaria) como con otros sectores (vivienda, educación, diseño ambiental, los avances en domótica...) y eliminar las visiones estereotipadas que originan discriminación hacia las personas mayores o con discapacidad.

Mientras que en el segundo, ACP, propone un nuevo enfoque para integrar atención y apoyos en los procesos de autodeterminación y control de la propia vida para las personas con discapacidad o cuando se trate de personas mayores que presentan situaciones de vulnerabilidad o dependencia. Parte del reconocimiento de la singularidad y la dignidad de las personas mayores y, por tanto, del respeto hacia su forma de ser, sus valores y su proyecto de vida. La promoción de la autonomía, entendida como toma de decisiones sobre la propia vida, es nuclear en este enfoque profesional, y por tanto, la atención debe ser personalizada.

La ACP, como modelo de atención, toma de referencia los principios enunciados por la ética, además de las distintas aportaciones procedentes del conocimiento científico, los derechos reconocidos de las personas usuarias, enfatizando que a pesar de necesitar cuidados de otras personas no han perdido la condición de persona. Se parte del reconocimiento del derecho que todos tenemos a desarrollar y controlar nuestros propios planes de vida, lo que

está íntimamente relacionado con la dignidad y la autonomía de la persona con el objeto de que la persona pueda desarrollar con los apoyos precisos su proyecto de vida y pueda ver minimizada su situación de fragilidad, discapacidad o dependencia. Ello significa por parte de los profesionales de la intervención, así como el sistema organizativo de centros, programas y servicios, poner como **eje de actuación a la persona, reconocer y respetar su dignidad y sus derechos** y en consecuencia, tienen en cuenta y se apoyan en su opinión y sus preferencias a la hora de planificar y de intervenir.

En la ACP, la influencia del ambiente físico en el bienestar, los roles profesionales y la figura del profesional de referencia, siempre obligados a la confidencialidad, y la familia, son imprescindibles en la atención personalizada y en la elaboración de planes de atención y apoyo al proyecto de vida. Y como instrumentos en la atención, además de realización una valoración integral, es la historia de vida a la hora de realizar los planes personalizados de atención y proyecto de vida (PAyV).

Pilar Rodríguez, tiene en cuenta estas dos dimensiones: integralidad y la personalización a la hora de proponer el modelo de atención integral centrado en la persona.

Poner en práctica este modelo de atención centrado en la persona, en nuestro caso con las personas mayores que precisan cuidados, supone un cambio de mentalidad. Ello implica mayor formación de algunos equipos, evitar la rutina cotidiana y resolver las limitaciones de la propia organización para lograr que la atención no vaya dirigida solo a cubrir las necesidades inmediatas de las personas sino también a potenciar sus capacidades y fortalezas que les permitan desarrollar su autonomía y bienestar.

Conocer cómo se realiza la intervención con las personas mayores desde el modelo de atención integral centrado en la persona y en particular la atención gerontológica centrada en la persona, es una preocupación constante dado que, cada día se está imponiendo con más fuerza y va más allá de un plan de cuidados básicos. Este modelo de intervención, para atender sus

necesidades y apoyar su proyecto de vida, conlleva conocer su biografía e implica el consenso con la persona, logrando su implicación y la de las personas cercanas, así como la de los profesionales. Con el objetivo específico de fomentar un trato adecuado que proporcione a los mayores un envejecimiento en el que se favorezca la autonomía. Además, los trabajadores sociales ocupan un papel privilegiado para llevarlo a la práctica, ya que pueden conocer bien a cada persona, comprenderla desde su globalidad, acercarse a su situación y entorno así como conocer sus capacidades, sin perder lo que realmente es importante para ella.

De ahí la necesidad de conocer las herramientas necesarias para intervenir, no sólo desde el área de trabajo social sino que también sea la idea dominante del equipo interdisciplinar y que su aplicación no se quede en una simple declaración de intenciones.

En los apartados siguientes se describen los modelos Atención Integral Centrados en la Persona (en adelante AICP) y Atención Gerontológica Centrada en la Persona (en adelante AGCP), desarrollados por Pilar Rodríguez y Teresa Martínez respectivamente. El primero es más global que el segundo ya que, por una parte, incluye el ámbito de integralidad y coordinación de recursos y, por otra, no se refiere solo a personas mayores sino también a personas con discapacidad, personas con enfermedad mental, crónicos de larga duración, etc.

Los apartamentos tutelados de la Fundación Federico Ozanam estarían insertos en estos nuevos modelos de alojamientos alternativos como se verá más adelante en el capítulo III. Insertos en el centro de la Ciudad, con servicios sociosanitarios, abiertos a la comunidad. Se aprovechan los recursos del propio Centro (centro de día) y de la propia Institución (servicio de ayuda a domicilio, residencias). Por una parte facilita que la persona que se pueda sentir con en su casa y a la vez recibe las prestaciones, apoyos en función de sus necesidades fomentando siempre su autonomía, calidad de vida. Si bien el principio de continuidad en la atención en el mismo Centro no es posible en

todos los casos. El hecho de que el apartamento sea compartido con otra persona, impide atender situaciones de deterioro cognitivo o enfermedades que requieran cuidados que el Centro no pueda asumir.

## **11. Aproximación al modelo de Atención Integral Centrado en la Persona**

El **modelo Atención Integral Centrada en la Persona** se define como: “la atención que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, **partiendo del respeto pleno a su dignidad** y derechos, de sus intereses y preferencias contando con su participación efectiva” (Pilar Rodríguez, 2013 p 74).

Estas dos características forman parte del modelo AICP. Por una parte la **atención ha de ser integral**, ello exige que las planificaciones de intervención que promuevan itinerarios hacia la autonomía y el bienestar de las personas a lo largo de su proceso de discapacidad, vulnerabilidad, inclusión social, etc., se adapten a la realidad de cada territorio y se realice de forma participativa, teniendo en cuenta los distintos agentes o actores. Que la intervención de los casos, no solo ha de ser personalizada, sino también coordinada y continuada. Y, para garantizar que los programas, apoyos o servicios de atención y coordinación de las intervenciones, aparece la figura del profesional de referencia quien además de acompañar en el proceso, debe diseñar, coordinar y evaluar los planes personalizados a través de la metodología de gestión de casos.

Por otra parte, la **atención ha de estar centrada en la persona**, lo que significa que la persona participe en su proceso de atención para que pueda desarrollar sus proyectos de vida, sus aspiraciones. En este modelo, la organización o los profesionales no son el centro de intervención, tanto los sistemas organizativos, como las metodologías de intervención, basada en la evidencia científica, deben ponerse a disposición del fin último de las intervenciones: garantizar el ejercicio de sus derechos y lograr el bienestar de la persona, respetar sus decisiones y preferencias en el desarrollo de sus

proyectos vitales, aun cuando se trate de personas con deterioro cognitivo, sin que ello signifique el incumplimiento de sus deberes y la asunción de sus responsabilidades. Para ello es imprescindible conocer su biografía, preferencias y deseos e identificar sus capacidades y fortalezas.

Este modelo afecta tanto al diseño y planificación de los servicios y programas a desarrollar como a la intervención y la praxis profesional, siempre con el fin último de que contribuyan a que las personas que precisan los apoyos, sea cual sea su edad, puedan vivir mejor y puedan participar activamente en su entorno controlando sus propias vidas. Además con este modelo de intervención se previenen y/o minimiza la dependencia, se evitan institucionalizaciones innecesarias, los sistemas de servicios sociales y salud son más eficientes, se mejora la oferta de servicios, abiertos siempre a la comunidad, incluida la atención en las residencias.

La dignidad es un valor inherente al ser humano en cualquier etapa o circunstancia vital. De ahí la necesidad de preservarla en su integralidad resulta obvio y más cuando las personas necesitan atención y cuidados, es necesario para que el trato sea digno implica respeto a: intimidad, creencias, trato entre personas adultas, orientación sexual, proyecto de vida, etc.

Este modelo, partiendo de esa premisa, se rige por una serie de principios rectores que definen lo esencial de un modelo de atención (Rodríguez, 2010, 2011). Hacen referencia a las personas a las que se dirigen los programas y por una serie de criterios de intervención que los hacen posibles, en el conocimiento de la persona, incluidas aquellas con importante grado de deterioro y en la evidencia científica a la hora de aplicar las técnicas y apoyos necesarios y desarrollar planes individualizados siempre con el fin último de que las personas que requieran atención y apoyos vivan bien y no pierdan el control de sus propias vidas. Estas dos dimensiones deben estar impregnadas y supeditadas por los principios de la ética (y de la bioética).

## **Principios y criterios**

Los principios están relacionados con las personas a las que se dirigen los programas, con su dignidad y con sus derechos. Mientras que los criterios están relacionados con la calidad de los servicios y programas impregnados de valores éticos.

Ambos se reclaman recíprocamente, los criterios tienen que ver con la buena praxis del ejercicio profesional basado en la calidad y deben ser coherentes con los principios. De ahí la necesidad de pasar por un cribaje metodológico periódico de las actuaciones, técnicas, instrumentos y protocolos.

A continuación se desarrollan los principios y criterios que son los sustentadores en la intervención que se realice sea en un servicio y/o programa:

### **✓ Autonomía y diversidad**

Las personas tienen derecho a mantener el control de su propia vida si tienen capacidad para ello. Cuando sus capacidades de autodeterminación estén limitadas, bien con ayuda de grupos de apoyo o, en su caso, de su representante legal, no tiene por qué verse mermada su autonomía moral.

El criterio de actuación que tiene que ver con este principio es la diversidad, es decir, la planificación y diseño de los programas de intervención tienen que presentar un abanico amplio que dé posibilidades de elección para el ejercicio de la autonomía, teniendo en cuenta las preferencias, estilos de vida, su biografía, etc., a la hora de realizar el plan personalizado y diseñar los apoyos necesarios para su desarrollo.

El principio de la autonomía es uno de los más importantes de los principios que se proponen por ser la base de la dignidad personal.

### **✓ Participación, accesibilidad e interdisciplinariedad**

Este principio va ligado con el anterior. Todas las personas tienen derecho a participar en la toma de decisiones que afecten a su vida, en el acceso a la comunidad y a las interacciones sociales. Por otra parte, las familias cuidadoras también son importantes en este principio de participación.

Para llevar a cabo este principio es necesario tener criterios de accesibilidad en la planificación y en la intervención y que se tengan en cuenta los contextos donde se encuentran las personas mayores (domicilio, centros) para incluir elementos que faciliten su autonomía y promover actitudes sociales e interdisciplinariedad, es decir trabajo en equipo, donde todos trabajen con valores y objetivos compartidos y mediante metodologías y actuaciones coherentes con los mismos.

✓ **Integralidad y globalidad**

La persona es un ser en que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales. El criterio que hay que seguir, para llevar a cabo este principio de integralidad, es la globalidad. Es decir, todas las intervenciones han de ir relacionadas a satisfacer las necesidades básicas (salud psicofísica y funcionalidad), las emocionales (afectividad y relaciones personales) y las sociales.

• **Individualidad, atención personalizada y flexibilidad**

No podemos olvidar que las personas son únicas y diferentes. Por ello, el criterio que debe regir es el de atención personalizada y flexible, adaptando los programas e intervenciones a las necesidades de cada una y evitar así que sean ellas las que se adapten a ellos.

• **Inclusión social, proximidad y enfoque comunitario**

Todas las personas, por el hecho de requerir apoyos debido a una situación de dependencia y fragilidad, siguen siendo miembros activos de la sociedad, ciudadanos con derechos y no se les puede excluir del acceso a bienes culturales, participación social, etc. Para lograrlo es muy importante que, a la hora de llevar a cabo las intervenciones, los recursos, entre los que se incluyen los alojamientos alternativos, se encuentren próximos a su entorno. También es necesario que se realicen desde un enfoque comunitario, promoviéndose la participación activa.

• **Independencia, prevención y rehabilitación**

De todos es conocida la evidencia científica que hay en relación con los programas de rehabilitación y prevención. De ahí la necesidad de llevarlos a cabo para facilitar la autonomía y prevenir la dependencia. Aunque ello no significa que siga existiendo la creencia errónea de la ineficacia de esta actuación ante personas dependientes. Este criterio reafirma que siempre es posible restaurar o descubrir capacidades de estas personas, incrementando la sensación de bienestar y confort.

- **Continuidad, coordinación y convergencia**

Por último, nos encontramos con el principio de continuidad en la atención para aquellas personas que, por su situación de discapacidad, dependencia o fragilidad precisen apoyos continuos y adaptados permanentemente a las circunstancias cambiantes.

Para dicha continuidad es importante la coordinación y convergencia, tanto de los servicios y prestaciones, como de los diferentes sistemas que han de intervenir (sanidad, social, etc.). Además de los apoyos formales también es necesario tener en cuenta los apoyos informales (familia, allegados, voluntarios).

### **Aplicación en la atención residencial**

- 1. El liderazgo** debe ser asumido por los equipos directivos de los programas y los centros.
- 2. Las actividades terapéuticas** tienen que tener sentido para las personas y se deben desarrollar en torno a las actividades del día a día (aseo personal, compras, cuidar las plantas, etc.)
- 3. Flexibilizar horarios** a la hora de levantarse, para la comida, salida y entrada en el centro, visitas.
- 4. La influencia del ambiente físico en el bienestar.** Los centros deben estar abiertos hacia la comunidad, la ubicación debe estar dentro del entorno comunitario de la personas, con jardines, espacios de intimidad y personalización.
- 5. Los roles profesionales y el personal de referencia.** Los

profesionales son un capítulo importante en la atención a las personas atendidas. Si en la en la atención tradicional, ellos eran los que sabían cómo realizar su trabajo y los que deciden cómo ha de ser el cuidado que la persona necesita, mientras que los mayores deberían esperar sus decisiones (cuándo y cómo les van atender) y “soportar” lo que quieren hacer con ellos. En este nuevo enfoque centrado en la persona son los artífices reales de una buena atención relación de ayuda, de ahí la importancia de la formación suficiente para poder poner su atención en la persona, a su dignidad y su autonomía. Pasan a ser facilitador, motivador y proveedor de los apoyos.

Para ello es importante, no solo la formación de los profesionales, sino que a veces, es necesario incluso “des-aprender” y esto es difícil. Requiere auto-observación, reflexión y entrenamiento en los diferentes momentos de atención: Todo ello para conseguir que los nuevos conocimientos sean llevados a la práctica cotidiana y se logren cambios en relación a las personas con necesidad de apoyo y así cambiar el “desequilibrio” existente por “equilibrio”. Es importante tener en cuenta los conocimientos de profesionales para indicar cuál sería la mejor atención, pero siempre desde el respeto a los mayores, informando, apoyando y acompañando sus decisiones. Al final las personas con necesidad de apoyo, y/o sus representantes son las que deberían tener la última palabra.

Con esta nueva forma de intervención, basadas en evidencia científica, se establecen relaciones más humanas, simétricas donde se enriquecen ambas partes.

También es importante que los residentes tengan un **profesional de referencia** (ya sea gestor de casos en domicilios o auxiliares en los centros), una vez formado, es elegido en función de criterios de afinidad surgida entre los residentes y los profesionales. Adquieren gran relevancia por la creación de confianza en la relación de ayuda, e ir

incorporando información necesaria para hacer la historia de vida para realizar su acompañamiento en el desarrollo del plan personalizado de atención y proyecto de vida (PAyV). Para que el resultado sea fructífero es necesario el profesional de referencia, además de la formación recibida, se sienta y esté acompañado por el equipo técnico del centro (trabajadores sociales, terapeutas, fisioterapeutas, médicos, etc).

Las funciones del equipo técnico: Llevar a cabo las valoraciones integrales necesaria, formar a los profesionales de referencia, practicar la observación sistemática sobre todo en los casos de deterioro cognitivo, elaborar la propuesta de los PAV, consensuándola con la persona y/o su grupo de apoyo y profesional de referencia. Formar en estrategias y habilidades en la relación de ayuda, suministro de apoyos y consecución de los objetivos de independencia y autonomía de cada persona, intervenir en las incidencias no previstas cuando los cuidadores no saben o no pueden resolver, responsabilizarse de la coordinación y seguimiento de la vida en el centro y en el cumplimiento de los PAV de cada caso, desarrollar reuniones interdisciplinarias periódicamente en las que se encuentre el personal de referencia, el residente y, en su caso, la familia o grupo de apoyo.

La atención personalizada en la relación de ayuda requiere estabilidad de los auxiliares.

Para terminar es necesario tener presente que el bienestar de las personas no solo afecta a los residentes, sino también a los profesionales y las familias, de ahí la importante de cuidar evitar la dependencia y promover la autonomía para el desarrollo de su proyecto de vida a través de formación y acompañamiento.

- 6. Los familiares** también juegan un papel importante en la relación de ayuda, de ahí que es importante por una parte la formación y también el dejar que se involucren en la vida del centro, así como en el cuidado de su familiar.

**7. Documentos básicos: La historia de vida y otros instrumentos en la atención personalizada.** Los documentos básicos en la ACP son la historia de vida, las fichas adicionales<sup>3</sup> y el Plan de Atención y Proyecto de Vida (PAyV). Las dos primeras constituyen el núcleo de la atención personalizada para trabajar la continuidad de los planes de vida de las personas con las que se interviene.

### **La Historia de Vida**

Para la atención personalizada, es imprescindible partir del conocimiento de la biografía de cada persona, mediante la elaboración de su historia de vida, además de realizar una valoración integral de la persona. Será el profesional de referencia, quién se encargue de llevarla a cabo con el apoyo y tutela que requiera por parte del equipo técnico.

Para llevarla a cabo es importante: la autorización expresa de la persona a la que se le ha explicado las razones por la que resulta conveniente realizarla y buscar los espacios y los momentos adecuados para acercarnos a la persona y obtener la información. Además es necesario no solo quedarnos en la biografía de la persona, sino también hay que descubrir cuáles son sus capacidades, fortalezas y debilidades. Relacionadas con la salud de la persona, su red de relaciones, intereses, deseos, expectativas, gustos, etc. Cuando se trate de personas mayores es importante tener en cuenta: cómo vivió la jubilación, las pérdidas, la experiencia de envejecer y las cuestiones o asuntos pendientes).

Para ello es importante rellenar unas fichas por áreas de interés relacionadas con la salud, las relaciones, aficiones e intereses, lugares y ambientes y las actividades cotidianas para poder realizar la planificación de la persona. El método que se utiliza es el acercamiento y la escucha activa.

---

<sup>3</sup> En el ámbito del envejecimiento, tanto en la Guía La atención gerontológica centrada en la persona. Dpto. de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, Martínez, T. 2011, como en su página web: [www.acpgerontologia.net](http://www.acpgerontologia.net), contienen propuestas e instrumentos para su aplicación.

**El PAyV**, es un Instrumento básico y dinámico. Se parte de la biografía de la persona y ella misma participa en su elaboración. Propicia el diálogo con el usuario, las familias, allegados y los profesionales. Se nutre de las anteriores. En él se integran los resultados de la valoración integral que se haya aplicado (estado de salud, funcional, cognitivo, emocional, calidad de vida,..) así como los elementos de la historia de vida e información adicional que se seleccionen y sean de interés para concretar el plan (informaciones personales, objetivos, ideas, propuestas de intervención, apoyos personalizados y recomendaciones para que la persona adquiera mayor grado de autonomía sobre su vida cotidiana). Es el equipo técnico quién realiza el PAyV, tras el estudio de todo lo anterior y teniendo en cuenta los recursos formales e informales. Se elabora un primer plan de vida cotidiana que se sea significativo para la persona, respetuoso con sus intereses y preferencias, actividades a realizar dentro o fuera centro, se determinan las posibles actuaciones y se priorizan, se procede al reajuste del PAyV, se muestra el plan al usuario y/o familiar y, tras escuchar sus aportaciones y sugerencias se llega a un consenso que todos deben cumplir. Por último se establece fecha de revisión. Se trata de una hoja de ruta para atender las necesidades y apoyar el proyecto de vida de cada persona desde el impulso de su autonomía.

## **12. Aproximación al modelo de Atención Gerontológica Centrada en la Persona**

La Atención Gerontológica Centrada en la Persona puede ser definida como: *un enfoque de atención* donde la persona, desde su autodeterminación en relación a su calidad de vida, es el eje central de las intervenciones, como *una metodología* porque aporta un conjunto de técnicas e instrumentos que orientan a la persona y facilitan la intervención personalizada y, desde una visión más amplia, como *un modelo de atención* que parte del reconocimiento de la dignidad de todo ser humano, busca la autodeterminación y la mayor independencia posible de las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia en su proceso de atención para así mejorar su calidad de vida y su bienestar subjetivo.

La AGCP es un modelo de atención orientado a las personas que asume como punto departida que las *personas mayores*, como seres humanos que son, *merecen ser tratadas con igual consideración y respeto que cualquier otra*. Se trata de concebir los cuidados desde la dignidad y el apoyo a la autonomía, incluso en personas con dependientes. (Teresa Martínez, 2011 P 6).

Intervenir con personas mayores no es fácil. El ciclo vital en que se encuentran sus proyectos de futuro ya los tienen cumplidos o ya no tienen el mismo valor. Reconocer este hecho no significa que se tenga que renunciar a sus deseos, ni olvidar la dimensión de futuro. Por ello es importante que las metodologías e instrumentos, los objetivos vayan encaminados a favorecer la continuidad del proyecto vital o la validación emocional de los mismos.

Los principios rectores en la atención gerontológica siguen en líneas generales los propuestos en el modelo de AICP adaptándolos al ciclo vital de éstos. Se caracteriza y se puede resumir en diez postulados como se observa en la siguiente tabla el enfoque ACP aplicado a la atención de las personas mayores.

**Tabla 1.** Decálogo de la ACP en los servicios gerontológicos

<b>1. Todas las personas tienen dignidad.</b> Con independencia de la edad, las enfermedades, el estado cognitivo o el grado de discapacidad o dependencia las personas mayores son poseedoras de dignidad. Por tanto, deben ser tratadas con igual consideración y respeto que las demás.
<b>2. Cada persona es única.</b> Ninguna persona mayor es igual a otra. Cada persona tiene su propio proyecto vital. Por tanto, la atención personalizada es imprescindible.
<b>3. La biografía es la razón esencial de la singularidad.</b> La biografía es lo que convierte en única a cada persona mayor. Por tanto, ésta se convierte en el referente básico del plan de atención y vida.
<b>4. Las personas tienen derecho a controlar su propia vida.</b> La persona mayor se considera como un agente activo y protagonista de su proceso de atención. Por tanto, se respeta la autonomía de las personas y se buscan oportunidades y apoyos para que éstas tengan control sobre su entorno y su vida cotidiana.
<b>5. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía.</b> La autonomía no se entiende como una capacidad única y fija. Por tanto, no se renuncia a trabajar desde la autonomía con las personas

gravemente afectadas, identificando oportunidades y apoyos que permitan su ejercicio. Y también la autonomía se entiende como un derecho que, cuando la persona no es competente para tomar decisiones y actuar, es ejercido de modo indirecto a través de los otros, quienes deciden teniendo en cuenta los valores y preferencias de quien es representado.

**6. Todas las personas tienen fortalezas y capacidades.** Las personas mayores, aun teniendo altos niveles de dependencia, también tienen fortalezas y capacidades. Por tanto, la mirada profesional no solo se fija en los déficits y limitaciones y busca una relación que reconoce las fortalezas y capacidades de cada persona y el fortalecimiento de las mismas.

**7. El ambiente físico influye en el comportamiento y en el bienestar subjetivo.** Especialmente en las personas en situación de dependencia, el ambiente físico tiene gran importancia en su bienestar subjetivo. Por tanto, es preciso lograr entornos accesibles, confortables, seguros y significativos.

**8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar y salud de las personas.** Lo cotidiano, lo que sucede en el día a día, las actividades que realizan las personas mayores influye de forma determinante en su bienestar físico y subjetivo. Por tanto se procuran actividades plenas de sentido que además de servir de estímulo y terapia resulten agradables y hagan sentir bien a las personas.

**9. Las personas son interdependientes.** El ser humano se desarrolla y vive en relación social; necesita a los demás y a la vez influye en ellos. Por tanto, los otros -los profesionales, la familia, los amigos o los voluntarios- son esenciales en el desarrollo del proyecto vital de las personas mayores teniendo un papel clave en el en el ejercicio de su autodeterminación y en el logro de su bienestar.

**10. Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios.** En las personas mayores interactúan aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Requieren de apoyos diversos y ajustados a las diferentes situaciones. Por tanto, es preciso ofrecer atención desde intervenciones integrales, coordinadas y flexibles.

***Fuente: Martínez Rodríguez, T, 2013 a***

### **Dimensiones y componentes del modelo AGCP**

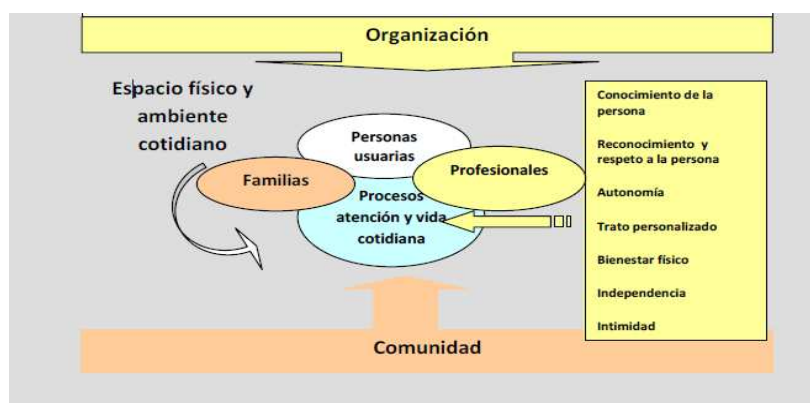
El modelo AGCP es un modelo afín al enfoque ACP. Se concreta en dos dimensiones: atención a las personas (conocimiento de la persona, puesta en valor y respeto a la persona, autonomía y trato personalizado) y Entorno positivo (espacio físico, relaciones sociales y organización). En la AGCP se añaden tres componentes más por la estrecha relación que guardan con la promoción de la autonomía personal: el bienestar físico, la independencia funcional y la intimidad y diez componentes.

**Tabla 2** Dimensiones y componentes del modelo AGCP

DIMENSIONES	COMPONENTES
Atención a las Personas	1. Conocimiento de la persona. 2. Respeto y reconocimiento de la persona. 3. Promoción de la autonomía. 4. Trato personalizado. 5. Protección del bienestar físico. 6. Promoción de la independencia. 7. Protección de la intimidad.
Entorno Positivo	8. Espacio físico y ambiente significativo. 9. Relaciones sociales. 10. Organización amigable.

*Fuente: Martínez Rodríguez, T, 2013 b*

**Tabla 3.** Enfoque atención ACP



*Fuente: Martínez Rodríguez, T, 2013 b*

En el Anexo se puede ver las tablas 1 y 2 con los diversos componentes tanto de la Dimensión 1. Atención a las personas, como la Dimensión 2. Entorno positivo, donde se describen los distintos componentes del modelo y al qué hacen referencia cada uno de ellos.

El modelo AGCP se plantea como un marco referente. Es abierto y flexible y como tal, genera e incluye diferentes metodologías y recursos para facilitar el cambio de modelo en los centros de atención a personas mayores. Su papel, como modelo teórico, es guiar y dar coherencia tanto a los diseños relacionados con las diferentes metodologías de intervención como a los instrumentos de evaluación que se proponen en la familia de herramientas Avanzar en AGCP.

Teresa Martínez es la autora de la Guía<sup>4</sup> para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Esta guía está dirigida a los profesionales. En ella se exponen las bases del enfoque de atención a la par que ofrecer un compendio de propuestas de intervención para su aplicación en los centros y servicios. Las ideas principales y metodologías organizadas giran en torno a cinco asuntos importantes:

- La atención personalizada desde la promoción de la autonomía y la independencia
- Lo privado, lo íntimo y la confidencialidad
- Lo propio y lo significativo
- Las familias
- La organización

En el año 2013, surge *Avanzar en Atención Gerontológica* (Avanzar en AGCP) como una familia de herramientas. En ella se integran diferentes documentos con diferentes metodologías y recursos de interés para apoyar los procesos de cambio cuando la cultura organizativa se centra más en el servicio y que en la persona. En la actualidad la integran los siguientes documentos:

1. *Avanzar en AGCP: marco y fases para liderar un cambio de modelo*. Este instrumento, además de contemplar los diez componentes del modelo, propone un orden secuenciado para contextualizar los distintos instrumentos y metodologías
2. *Avanzar en AGCP: instrumento para la revisión participativa*. En él se ofrece un manual explicativo y dos cuestionarios para ser autoaplicados de forma participativa en residencias y centros de día.
3. *Avanzar en AGCP: instrumento para la revisión participativa. Cuestionario Residencias*. Describe el cuestionario para ser aplicados en residencias y los descriptores de buena praxis de cada proceso

---

4

Este documento fue editado en el año 2011 por el Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno del País Vasco desde una colaboración con Fundación Matía con el objetivo de impulsar el avance de este modelo de atención en los recursos de atención a personas mayores.

4. *Avanzar en AGCP: instrumento para la revisión participativa. Cuestionario Centros de Día.* Describe el cuestionario para ser aplicados en centros de día y los descriptores de buena praxis de cada proceso.

### **Algunas claves para aplicar y valorar qué tipo de intervención se está realizando**

Ya hemos dicho que iniciar el cambio es complicado y es imprescindible el compromiso de los responsables. Además también es importante conocer qué elementos facilitan el cambio y cómo secuenciarlos. Aquí cabe señalar algunos: liderazgo por parte de los responsable, un clima de acogida al nuevo modelo, comunicación clara entro todos los implicados (mayores, profesionales, familias, etc.), participación y compromiso de los profesionales de atención directa, progresividad del proceso de modo que los cambios sean asumibles, formación y apoyo continuado en el proceso de cambio a los profesionales. Lo importante es realizar un cambio progresivo y asumible para no caer en frustraciones y tirar la toalla. Para ello es importante secuenciar el proceso haciéndolo progresivo. Teresa Martínez propone cinco fases y en cada fase las acciones a realizar.

**Tabla 4.** Fases para liderar un cambio hacia la AGCP

<b>Fases</b>	<b>Acciones a realizar</b>
Prepararse para comenzar	<ul style="list-style-type: none"><li>- Conocer algunos factores clave</li><li>- Informar y comunicar</li><li>- Sensibilizar a los profesionales y abordar las resistencia</li></ul>
Construir un liderazgo	<ul style="list-style-type: none"><li>- Clarificar y consensuar los valores, la misión y la visión del centro</li><li>- Crear un grupo líder promotor del cambio</li></ul>
Conocer la situación de partida	<ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar la evaluación inicial</li><li>- Llevar a cabo una revisión participativa</li></ul>
Crear una ruta propia de mejora	<ul style="list-style-type: none"><li>- Diseñar un plan inicial de mejora</li><li>- Partir de las distancias detectadas entre lo que se hace y la buena praxis desde la ACP</li><li>- Seleccionar y priorizar los cambios</li><li>- Temporalizar los planes de mejora</li><li>- Compartir la responsabilidad en el desarrollo del plan de mejora</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser flexibles</li> <li>- Acompañar a los profesionales en el cambio</li> </ul>
Seguir siempre avanzando	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluaciones de seguimiento</li> <li>- Identificar y poner en valor los logros</li> <li>- Gestionar la incertidumbre y abordar las situaciones más complejas</li> <li>- Dar continuidad al proceso desde un clima de creatividad y continuo progreso.</li> </ul>

*Fuente: elaboración propia partir de Teresa Martínez 2013 bmart*

Además, propone un instrumento: “Instrumento para la revisión participativa”, con objeto de apoyar los procesos de cambio cuando las organizaciones provienen de un modelo de atención centrado en el servicio.

Este instrumento permite llevar a cabo una revisión interna del funcionamiento actual de la organización por parte de los profesionales, concretamente en residencias y centros de día. Esta revisión se realiza de forma participativa, en clave de reflexión constructiva, chequeando las intervenciones cotidianas para identificar y poner en valor las prácticas acordes con el enfoque ACP, y para reconocer los aspectos en los que es preciso avanzar, aportando y comprometiéndose con medidas de mejora que se consideren posibles.

Es importante recordar que desde el enfoque ACP, las personas son el centro de la atención, es decir que pueden seguir decidiendo muchas cosas sobre su vida cotidiana y sobre su atención en un entorno que les facilite. De ahí que este instrumento, es una herramienta básica y práctica a la hora de reflexionar como se desarrollan los procesos de atención en los centros porque tipifica cada uno de los procesos asistenciales desde los descriptores de buenas praxis, que este mismo modelo ha definido.

## **CAPÍTULO III INFORME, ANALISIS DEL TRABAJO E INTERVENCIÓN**

### **13. Informe de la institución.**

#### **CENTRO CAI-OZANAM. APARTAMENTOS TUTELADOS Y CENTRO DE DÍA**

##### **13.1. Datos de identificación**

Nombre:

Centro CAI-OZANAM.

Apartamentos Tutelados y Centro de Día

Domicilio Postal: C/ José Luis Pomaron, 7.

C.P.: 50.008 Zaragoza

Teléfono y Fax: 976133420 / 976133142

Web: [www.ozanam.com](http://www.ozanam.com).

Correo electrónico:

[apartamentospomaron@ozanam.com](mailto:apartamentospomaron@ozanam.com)

[equipopomaron@ozanam.com](mailto:equipopomaron@ozanam.com)



**Fig. 1. Centro CAI-OZANAM**

##### **13.2. Naturaleza y dependencia**

El centro CAI-OZANAM. Apartamentos Tutelados y Centro de Día, es obra de la Caja de Ahorros de la Inmaculada y es gestionado por la Fundación Federico Ozanam.

##### **Evolución histórica**

El Centro CAI-OZANAM. Apartamentos Tutelados y Centro de Día nació de un convenio entre el Ayuntamiento de Zaragoza y la Caja de Ahorros de la Inmaculada, con objeto de dar respuesta a las necesidades de nuestros mayores. Este pionero recurso se inauguró el 3 de octubre de 2003.

Está situado en la zona centro de la ciudad, próximo a zonas verdes, comercios, cafeterías y servicios comunitarios. Los apartamentos tutelados y el centro de día se encuentran en el mismo edificio.

**El Centro de Día** es un servicio socio-sanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de personas mayores de 65 años afectadas por diferentes grados de dependencia, ofertando una serie de servicios de entrenamiento y rehabilitación dentro de su entorno social.

Cuenta con capacidad para 70 usuarios, diez de ellas concertadas con el Gobierno de Aragón, está abierto de lunes a domingo desde las 9 h. a las 21 h. El horario es flexible en función de las necesidades de los cuidadores o usuarios, las jornadas oscilan entre tres y doce horas, si se tiene que utilizar el servicio de transporte son de ocho horas. El centro ofrece servicio de transporte, programa de apoyo al cuidador.

**Los apartamentos tutelados** ofrecen alojamiento, convivencia y una atención integral a personas mayores de 65 años autónomas con limitaciones físicas, psíquicas y/o sociales, que no les afecte a la realización de las AVDs, independientemente de su situación económica, que desean recibir una atención permanente y vivir en compañía, pero conservando su independencia dentro de su entorno social e integrado en la comunidad. Como alojamiento alternativo, presenta una serie de características diferenciadoras respecto a las residencias tradicionales, manteniendo la intimidad de hogar y ofertando una serie de servicios destinados al mantenimiento funcional y cognitivo del residente.

El Centro ofrece:

- Estancias diurnas, Permanentes y Temporales
- Una serie de servicios sociosanitarios
- Otros servicios: Atención religiosa, peluquería, lavandería, dietas especiales, limpieza.

El trabajo de los profesionales, los servicios sociosanitarios, los programas y las actividades van dirigidos tanto a los usuarios del Centro de Día como a los residentes de los Apartamentos Tutelados.

En relación a la financiación, el Centro la recibe de diferentes fuentes:

- Cuotas de los residentes de los apartamentos tutelados y de los usuarios de centro de día.
- Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Becas de atención en Centros de Servicios Sociales Especializados.
- La Obra Social de la CAI destina partidas en sus presupuestos para el mantenimiento del mismo.
- Becas de la propia Fundación Federico Ozanam para los residentes o usuarios no tienen recursos económicos.

### ***Documentación a aportar:***

Los residentes tienen que presentar una serie de documentos, entre otros, sobre su situación económica para valorar si necesitan ayuda económica o no.

El Centro cuenta con programas documentales e informáticos.

La descripción del Centro, así como los profesionales, programas, actividades se describen más adelante en el apartado III.1.2.

### ***Criterios de acceso***

En este apartado se comienza en primer lugar con los criterios de acceso y como se han modificado. Además se informará del movimiento de entradas y salidas en el Centro en estos años analizados. Y en segundo lugar el análisis y características de los usuarios.

Los apartamentos tutelados se diferencian de los servicios residenciales en que la intensidad de apoyos proporcionados es menor por estar dirigidos a personas con mayor grado de autonomía.

Los criterios de acceso, en relación al grado de autonomía, se han ido modificando. El Centro se pensó, al principio, para personas mayores totalmente autónomas que, libremente, optaban por este nuevo modelo de alojamiento, con unas características y modo de atención que no tenían nada

que ver con las que en ese momento se ofrecía en el mundo residencial. En él podían tener cubiertas sus necesidades básicas (limpieza, lavandería, alimentación), disfrutar de la vejez con otros mayores y continuar realizando sus actividades. Todo ello, en un entorno que se asemejara a su hogar y abierto a la comunidad.

Con el paso del tiempo, se ha evidenciado que:

- Cada vez hay más personas, sin problemas sanitarios ni sociales, que demandan apartamentos individuales y no compartidos. Por ello iban quedando plazas sin ocupar en apartamentos dobles.
- Ha aumentado el número de personas mayores con problemas sociales y sanitarios que no son cubiertos por otras instituciones.
- Ha aumentado el número de valoraciones gerontológicas con resultado No Apto para el Centro en personas con pérdidas de memoria o limitaciones físicas, aunque éstas no impidan el desarrollo de las ABVDs.
- Las personas que residen en el Centro se van deteriorando y cada vez necesitan más apoyos en la atención.

Por estos motivos, en el año 2011 se modificaron los criterios de ingreso, con el objeto de adaptarlos a las nuevas necesidades.

En la siguiente tabla quedan patentes los requisitos de acceso y cambios producidos.

**Tabla 5.** Requisitos de ingreso en los años 2004 y 2013.

AÑO	2004	2013
EDAD	Mayores de 65 años (se valoran excepciones)	Mayores de 65 años (se valoran excepciones)

SE CONTEMPLA		Administrar medicación	Administrar medicación Ducha semanal
VALORACIÓN GERONTOLÓGICA	Valoración física:	Ayudas técnicas: bastón	Ayudas técnicas: bastón. Muletas y andadores
	Valoración Cognitiva:	MEC: punto de corte, 27	MEC: punto de corte, 23
PLUS DE ASISTENCIA		No se contempla	Se contempla para aquellas personas que por su situación de vulnerabilidad precisan apoyo en las AVDs., una vez que ya residen en el centro.

*Fuente: elaboración propia*

### **Población atendida**

El Centro tiene capacidad para 47 personas mayores de 65 años, autónomas, distribuidos en 5 apartamentos individuales y 21 apartamentos doble, como ya se ha dicho.

El número de residentes a 1 de octubre de 2004 era de 42 personas y quedaban 5 plazas libres. Mientras que a 1 de octubre de 2013, el número de personas es de 43 y quedan dos plazas libres ya que dos de ellas ocupan un apartamento doble de uso individual. Desde su inauguración la media de ocupación ha sido del 88,1% de plazas ocupadas.

**Tabla 6.** De altas y bajas de las personas mayores que han residido en los apartamentos tutelados desde el 1 de octubre 2003 al 1 de octubre de 2004 y durante los diez años.

Períodos de tiempo	2003/2004	2012/2013
	Nº	Nº
Altas	56	54
Bajas	14	11
<b>Nº de residentes a 1 octubre</b>	<b>42</b>	<b>43</b>

*Fuente: elaboración propia*

Se observa un descenso en las plazas cubiertas desde el año 2007 al 2010 debido a: la demanda única de apartamento individual que no se podía atender por el escaso número de ellos, por valoraciones de aptitud negativas previas al ingreso y por las bajas propias que se dan en el centro.

**Tabla 7.** Ocupación de las personas mayores residiendo en los apartamentos tutelados a 1 de octubre, desde el 2004 al 2013.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	MEDIA
<b>Nº plazas</b>	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	
<b>Plazas ocupadas</b>	42	42	42	41	39	38	40	42	45	43	41,4
<b>%</b>	<b>89,4</b>	<b>89,4</b>	<b>89,4</b>	<b>87,2</b>	<b>83,0</b>	<b>80,9</b>	<b>85,1</b>	<b>89,4</b>	<b>95,7</b>	<b>91,5</b>	<b>88,1</b>

*Fuente: elaboración propia*

### ***Movimientos de los residentes***

Los motivos de las bajas han variado significativamente. En 2004 predominan las bajas voluntarias y en 2013 las debidas a estancias temporales. A continuación se detallan los porcentajes en la tabla 9 y se analizan las diferentes causas.

- **No adaptación** al Centro significa estancias menores a un mes: En el 2004 dos matrimonios no se adaptaron porque el Centro no cumplía con sus expectativas, sobre todo en relación a las comidas y en el 2013 solo dejó de adaptarse una persona que ya había recorrido varias instituciones.
- **Voluntarias:** En el primer período hubo 6 bajas voluntarias. Una persona se fue a su pueblo donde residía a pasar el verano y luego regresó para quedarse definitivamente; otra optó por irse a vivir a Benidorm y cuatro dejaron el Centro porque no se adaptaron a compartir apartamento. En el segundo período hubo 3, dos personas se fueron a vivir con los hijos y otra tampoco quiso compartir apartamento.

En el primer período había más personas autónomas, sin necesidades especiales que, después de probar este género de vida, decidieron volver a su domicilio.

Durante el segundo período, las bajas se produjeron más bien para resolver problemas familiares. Una señora se fue con sus dos hijos para ayudarles, ya que uno tenía problemas económicos y el otro sanitarios importantes como consecuencia del alcohol. En el otro caso, un hijo que vivía fuera de Zaragoza, decidió llevársela con él.

A pesar de la flexibilidad de horarios, ofrecer servicios de prevención de la autonomía y actividades lúdicas, poder elegir entre dos menús y dietas especiales, etc., el residente sigue obligado a adaptarse a una serie de patrones de conducta que, por el funcionamiento del Centro, no pueden ser totalmente individualizados. Como por ejemplo, tener que acudir a un comedor común, compartir apartamento o dejarlo libre para su limpieza. Por estos motivos, hay residentes que cursan baja, algunos antes del mes de ingreso, por no adaptación, y otros al cabo de cierto tiempo, baja voluntaria.

- **Estancias temporales:** Van dirigidas a personas que deciden pasar un período de tiempo por convalecencia de alguna enfermedad, intervención quirúrgica o por descarga del cuidador. En el primer período no se solicitaron estancias temporales. En el segundo, como el Centro ofrece servicios a personas con mayores limitaciones, el número de estancias temporales ha aumentado.
- **No supera el período de prueba:** no ha habido ningún caso.
- **Traslado a una residencia** cuando el usuario pasa a ser dependiente y los cuidados no pueden ser asumidos por el Centro: En este caso se ofrece a la familia la opción de realizar traslado a una residencia propia de la Fundación. Dos personas fueron trasladadas a residencias fuera de ella, una por razones de proximidad al domicilio familiar y otra porque, dada su situación de dependencia, no se podía retrasar el traslado y el Centro no contaba, en ese momento, con los recursos necesarios para ofrecer la atención que requería.
- **Fallecimientos:** En el primer año hubo un fallecimiento en Centro igual que en el año 2013.

Desde que el Centro se inauguró (1 de octubre de 2003), permanecen nueve personas. Cuatro de ellas, no podrían permanecer en él, si se continuara con los criterios de permanencia, debido a su limitación cognitiva (MEC<27) y física que conlleva el uso de ayudas técnicas como sillas de ruedas, andadores,

**Tabla 8.** Motivos de baja de los diferentes en ambos períodos.

Motivos de las bajas	2003/2004		2012/2013	
	Nº	%	Nº	%
No adaptación	4	28,6	1	9,1
No supera período prueba	0	0,0	0	0,0
Traslado res. FFO	1	7,1	1	9,1
Traslado otras residencias	2	14,3	0	0,0
Voluntarias	6	42,9	3	27,3
Fallecimientos	1	7,1	1	9,1
Estancia temporal	0	0,0	5	45,5
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

*Fuente: elaboración propia*

## 14. Análisis y características

### ***Características sociodemográficas***

A continuación se muestran las principales características sociodemográficas de las personas mayores que residían en los apartamentos tutelados a uno de octubre de 2004 y a uno de octubre 2013, con el objetivo de conocer, en una primera aproximación, los rasgos básicos de estos mayores en las fechas indicadas.

Las variables seleccionadas han sido: género, edad, estado civil y nivel cultural.

#### **a. Género**

En el Centro, en el año 2004 el porcentaje de mujeres era del 83,3 % frente al 16,7 % de hombres. En el año 2013, el porcentaje de hombres aumenta al 23,4% y el de mujeres se reduce al 76,6 %, En ambos períodos, el número de mujeres es mayor que el de hombres lo cual coincide con los datos demográficos expuestos en páginas anteriores, en

los que se pone de manifiesto que la población femenina mayor de 65 años es superior a la masculina. El aumento de varones en el segundo período puede coincidir con los cambios sociales que se producen en el estado conyugal, ya que ha aumentado el número de personas separadas/divorciadas. Los usuarios que han ingresado tienen riesgo de exclusión social debido a la falta de recursos económicos y vivienda, problemas psíquicos y/o hábitos no saludables.

**Tabla 9.** Género de los residentes en 2004 y en 2013.

<b>Años</b>	<b>2004</b>		<b>2013</b>	
	Nº	%	Nº	%
hombres	7	16,7	10	23,4
mujeres	35	83,3	33	76,6
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: elaboración propia*

**b. Edad**

Cómo se observa en las tablas 11 y 12, la distribución por edad varía de un período a otro.

En una sociedad en la que predomina el deseo de mantener una vida independiente y los mayores desean permanecer el mayor tiempo posible en sus hogares e incluso, las propias políticas sociales desarrolladas en España han ido reconociendo el derecho y han puesto una variedad de recursos y prestaciones adecuados para atender la diversidad de cuidados, sorprende el aumento de ingresos de personas menores de 70 años en el año 2013. Estos ingresos son causados principalmente por determinadas situaciones socioeconómicas, familiares y por problemas psíquicos, que podrían ser atendidos en sus domicilios si dispusieran de unos recursos sociosanitarios que les ofrecieran una atención integral y dieran respuestas a estas situaciones.

Otro punto a destacar en relación a la edad, es el crecimiento de la población mayor de 80 años. El sobreenviejecimiento de los residentes en ambos períodos representa 74,4% en el año 2004 y el 78,7% en el año

2013. Además, en éste último, cabe señalar el aumento de personas de más 95 años.

El intervalo de edad de los residentes en el año 2013, estaba comprendido entre 55 y 97 años, mientras que en el año 2004, el intervalo de edad se encontraba entre 55 y 92 años.

**Tabla 10.** Grupo de edad de los residentes a en 2004.

Años	2004					
	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 64	1	14,3	0	0,0	1	2,4
65 - 69	0	0,0	0	0,0	0	0,0
70 - 74	0	0,0	2	5,7	3	7,1
75 - 79	0	0,0	7	20,0	8	19,0
80 - 84	1	14,3	12	34,3	12	28,6
85 - 89	3	42,8	11	31,4	14	33,3
90 - 94	2	28,6	3	8,6	4	9,5
95 ó más	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: elaboración propia*

**Tabla 11.** Grupo de edad de los residentes a en 2013.

Años	2013					
	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 64	2	20,0	0	0,0	2	4,7
65 - 69	2	20,0	1	3,0	3	7,0
70 - 74	2	20,0	3	9,1	5	11,6
75 - 79	1	10,0	3	9,1	4	9,3
80 - 84	2	20,0	8	24,2	10	23,3
85 - 89	1	10,0	10	30,3	11	25,6
90 - 94	0	0,0	4	12,1	4	9,3
95 ó más	0	0,0	4	12,1	4	9,3
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

*Fuente: elaboración propia*

### c. Estado civil:

A lo largo del tiempo se mantiene el porcentaje de personas viudas, aumenta el de personas separadas y disminuye el de matrimonios y personas solteras.

Aunque el ingreso de matrimonios en el Centro en ambos períodos es baja, su disminución en el año 2013 podría ser debida a la reducción de la tasa de mortalidad masculina, que permitiría la permanencia de éstos en su domicilio con su cónyuge. La etapa matrimonial ha ganado en duración gracias a que se viene retrasando considerablemente el momento en que sobreviene la viudez. La esperanza de vida al nacer ha pasado de 73,9 años en los hombres en el año 1992 a 79,2 en el 2011<sup>5</sup>, según las Tablas de mortalidad que publica el INE. Ello unido a que el hogar familiar es, como aparece recurrentemente en las encuestas de condiciones de vida de las personas mayores, su espacio vital preferido y donde prefieren residir aun en condiciones de fragilidad y soledad (IMSERSO, 2010), las nuevas redes de cuidados en las que se combinan los hijos, mujeres inmigrantes y el coste económico que supone el ingreso en el Centro, sean causas para que los matrimonios huyan de la institucionalización a la que se tiende a optar en situaciones muy concretas como insuficiencia de relaciones familiares y de posibilidad de apoyo ante situaciones enfermedad, barreras arquitectónicas, etc.

Por otra parte, de los resultados del análisis, se observa el aumento del porcentaje de personas divorciadas/separadas podría deberse a la mayor inestabilidad de las parejas que repercuten en problemas emocionales, económicos y de convivencia.

**Tabla 12.** Estado civil de los residentes en 2004.

Formas de convivencia	2004					
	Hombre		Mujer		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soltero/a	1	10	9	25,7	10	23,8
Casado/a	4	40	4	11,4	8	19,0
Viudo/a	1	0	22	62,9	23	54,8
Separado/a	1	10	0	0	1	2,4
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: elaboración propia*

<sup>5</sup> INE, Indicadores demográficos básicos

**Tabla 13.** Estado civil de los residentes en 2013.

Formas de convivencia	2013					
	Hombre		Mujer		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soltero/a	1	10	5	15,2	6	14,0
Casado/a	3	30	3	9,1	6	14,0
Viudo/a	0	0	23	69,7	23	53,5
Separado/a	6	60	2	6,1	9	18,6
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

*Fuente: elaboración propia*

#### d. **Nivel cultural**

Del 2004 sólo hay datos del porcentaje de personas con carrera universitaria. Sorprende que en el año 20013 haya una persona que no sepan leer ni escribir.

**Tabla 14.** Nivel cultural de los residentes en 2004 y en 2013.

	2004		2013					
	total		Hombre		Mujer		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabetos	0	0	0	0	1	3,0	1	3,0
nivel bajo	0	0	4	40	15	45,5	19	44,2
nivel medio	0	0	5	50	14	42,4	19	44,2
nivel superior	2	4,76	1	10	3	9,1	4	9,3
N/S	40	95,24	0	0	0	0,0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

*Fuente: elaboración propia*

Una vez conocidas las características sociodemográficas de la población residente en los apartamentos tutelados en ambos períodos, se exponen, en el siguiente apartado, los resultados más significativos del estudio sobre las facetas más relevantes que han influido en el ingreso.

#### **Características sociofamiliares.**

En este apartado se analizan las circunstancias sociofamiliares de los residentes: situación convivencial, familiar de referencia, recursos económicos y vivienda en ambos períodos

Es un hecho el envejecimiento progresivo de nuestra sociedad debido al aumento de la esperanza de vida, como consecuencia de las mejores condiciones sanitarias y socioeconómicas de las que todos nos beneficiamos, de los esfuerzos de las políticas sociales, etc. Sin embargo no se observan conductas sociales que den valor a la creciente presencia de los mayores en la sociedad.

En una sociedad en la que prima el individualismo, el valor de lo joven, lo productivo, etc., el mayor puede correr el riesgo de pérdidas económicas, pero sobre todo de relaciones sociales al no pertenecer ya al mundo laboral y al ir perdiendo familiares y amigos. Si a ello unimos los cambios que se han producido en la familia, en la que el mayor, si se incorpora a ella, se considera como un "intruso" al que hay que atender, sin poder ser acompañado y atendido adecuadamente, etc., todo ello van influir para que se imponga la opción de que las personas mayores tengan que residir en un Centro.

### ***Situación convivencial***

Un determinante de ingreso en el Centro puede ser de forma general el hecho de vivir solos, según los datos del análisis, cabe destacar que en ambos períodos, la mayor parte de las personas mayores que ingresaron en el Centro vivían solos (76,7% en el 2013 y el 71,4% en el 2004), con una presencia mayoritaria de mujeres como se observa en la tablas 16 y 17. A medida que aumenta la edad, también aumenta el número hogares unipersonales. En España, Carmen Díaz señala que el 28% de los hogares solitarios reside una persona de más de 65 años. Si bien es cierto, que el hecho de vivir solos o solas no implica necesariamente que las personas experimenten riesgos de soledad, ni que estén aisladas, también lo es que a medida que aumenta la edad, la soledad tiende a acentuarse. Las mismas relaciones sociales se deterioran o tienden a desaparecer y estas personas, en un futuro no muy lejano, podrían precisar de algún tipo de ayuda por desarrollar situaciones de fragilidad o de dependencia.

Conviene destacar el aumento de varones en el año 2013 sin recursos económicos, ni vivienda, con red familiar conflictiva y con hábitos no saludables.

**Tabla 15.** Formas de convivencia de los residentes en 2004

Formas de convivencia	2004					
	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº.	%
Pareja	5	71,4	5	14,3	10	23,8
Hermanos/as	0	0,0	2	5,7	2	4,8
Solos/as	2	28,6	28	80,0	30	71,4
Hijos/as	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Residencia	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

*Fuente: elaboración propia*

**Tabla 16.** Formas de convivencia de los residentes en 2013.

Formas de convivencia	2013					
	Hombre		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pareja	3	30	3	9,0	6	14,0
Hermanos/as	1	10	2	6,1	3	7,0
Solos/as	6	60	27	81,9	33	76,7
Hijos/as	0	0		0	0	0
Residencia	0	0	1	3,0	1	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

*Fuente: elaboración propia*

### **Familiar de referencia**

Las relaciones familiares son una de las fuentes de apoyo en todas las edades y en particular en las personas de más edad. La familia en general es portadora de cuidados no solo en relación con el apoyo o ayuda para las AVBs (moverse, alimentación, etc.), sino también proporciona vínculos afectivos,

emocionales, imprescindibles para el bienestar y satisfacción de los mayores, reduciendo su vulnerabilidad.

El perfil de los residentes en relación al familiar de referencia también ha variado. La alteración más importante la han sufrido las personas que no tienen ningún familiar que den respuesta a las necesidades de los residentes en ambos géneros. En un segundo plano, se reduce el número de hijos y el de otros familiares de referencia, siendo el Centro el que tiene que asumir estas carencias. A veces, esta realidad sucede aun habiendo hijos, porque éstos no mantienen relación con sus padres. Este hecho se debe a los cambios sociales que se han producido en el último tercio del siglo XX en relación con la familia, como la desaparición de la familia extensa, pérdida de estabilidad de la institución familiar, movilidad y consiguiente separación geográfica, etc. También disminuye el número de residentes.

Respecto los otros familiares de referencia se entiende que son los sobrinos, hermanos, primos, siendo las relaciones menos habituales. Más del 23%, en el 2013, no tienen a nadie que se haga cargo de sus necesidades (acompañamientos médicos, gestiones bancos,...)

**Tabla 17.** Familiar de referencia de los residentes en 2004.

Familiar de referencia	2004					
	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hijos/as	4	57,14	18	51,43	22	52,37
Otros familiares	3	42,86	16	45,71	19	45,24
Ninguno/a	0	0,0	1	2,86	1	2,39
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100,00</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>

*Fuente: elaboración propia*

**Tabla 18.** Familiar de referencia de los residentes en 2013.

Familiar de referencia	2013					
	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hijos/as	2	20	17	51,5	19	44,19
Otros familiares	4	40	10	30,3	14	32,56
Ninguno/a	4	40	6	18,2	10	23,25
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

*Fuente: elaboración propia*

### **Recursos económicos**

Lo único que al Centro le interesa conocer es si el residente tiene capacidad o no de asumir el coste de la plaza.

En el primer año no hubo ningún residente con problemas económicos pero en el año 2013, cinco de los residentes tenían que ser becados por la Fundación. Como se observa en la tabla 20, más de la mitad de los residentes hombres no disponen de recursos, ello se debe a sus características socio-familiares-sanitarias. Son personas separadas, con problemas de trastorno mental, alcoholismo y con pensiones No Contributivas o de jubilaciones por incapacidad permanente total y no disponen de propiedades. En relación a las mujeres, la cuantía de sus pensiones, bien sean Contributivas (Viudedad o de Jubilación), no cubren lo que el Centro cuesta. Cinco de todos ellos perciben, también, Beca para Atención de Centros en Servicios Especializados de la Diputación General de Aragón.

Otro dato a destacar son los recursos que utilizan los residentes para el pago del centro. Sólo un 7% lo puede hacer a través de los ingresos que provienen de la pensión, el resto lo complementan con el capital disponible de sus ahorros y/i de la venta o alquiler de su vivienda.

**Tabla 19.** Necesidad o no de becas concedidas por la Fundación, de los residentes en 2004 y en 2013.

Necesidad de beca	2004		2013					
			Hombre		Mujer		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No	42	100	4	40	27	81,82	31	72,09
Si	0	0	6	60	6	18,18	12	27,91
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

*Fuente: elaboración propia*

### **Vivienda**

Respecto al régimen de tenencia de la vivienda, cabe señalar que la mayoría de las personas, el 100% en el año 2004 y el 73.8% en el año 2013, poseían vivienda propia. Este hecho es un dato positivo por ser un aval a la hora de recibir cuidados.

Las causas de no tener vivienda, en relación a los hombres se debe por su estado civil, cinco de ellos son separados/divorciados y el sexto es un señor soltero que permaneció con sus padres hasta que estos fallecieron y no disponían de vivienda. En relación a las mujeres, dos son separadas/divorciadas y una soltera que han vivido en diferentes Ciudades. Y dos viudas, una de ellas vivió siempre de alquiler y la otra se casó en segundas nupcias y al fallecer el marido el piso donde residía y no haber testamento fue a los hijos de éste y ella tuvo que entrar en el Centro.

**Tabla 20.** Vivienda en propiedad de los residentes en 2004 y en 2013.

Propiedad	2004		2013					
			Hombre		Mujer		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	42	100	4	40	28	84,8	32	74,4
No	0	0	6	60	5	15,2	11	25,6
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

*Fuente: elaboración propia*

En relación a la vivienda, un dato negativo para la permanencia de los mayores en sus domicilios es la existencia de barreras arquitectónicas en los mismos. Por este motivo ingresó un matrimonio en el año 2013.

### ***Estado de salud***

A continuación se ofrece una aproximación al estado de salud de las personas mayores que residen en los apartamentos, solamente las del año 2013, ya que no se dispone de datos objetivos del 2004. Si sabemos que en el año 2004 no había residentes con patologías mentales y actualmente representan un 32,6%.

Se han elegido las patologías que determinan más la necesidad de vivir en el Centro.

**Tabla 21.** Patologías de los residentes en 2013.

Patologías	2013					
	Hombres		Mujeres		Tota	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cardiovasculares	2	20	9	27,3	11	25,6
Respiratorias	3	30	2	6,1	5	11,6
Metabólicas	1	10	5	15,2	6	14,0
Óseas- articulaciones	1	10	6	18,2	7	16,3
Salud mental	3	30	11	33,3	14	32,6
<b>TOTAL</b>	10	100	33	100	43	100

*Fuente: elaboración propia*

En este apartado también es conveniente señalar que en año 2004 ningún usuario presentaba incontinencia urinaria ni fecal y solo había que preparar la medicación a un 10% de los residentes, mientras que en año 2013, un 31% tenían incontinencia urinaria, el 5% necesitaba supervisión o ayuda de tercera persona para el aseo personal diario y al 60% había que prepararle la medicación.

### ***Autonomía funcional***

Se analizan algunos de los factores que influyen en la autonomía de la persona: movilidad, deterioro cognitivo, actividades básicas e instrumentales y ayudas técnicas utilizadas.

### Ayudas Técnicas:

**Tabla 22.** Grado de uso de ayudas técnicas de los residentes, en 2004 y en 2013.

<b>Ayudas técnicas</b>	2004		2013	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Ninguna	29	60.1	18	41,9
Bastones	10	23.8	12	27,9
Muletas	3	7.1	3	7,0
Andadores	0	0,0	4	9,3
Sillas de ruedas	0	0,0	6	14,0
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: propia*

Desde el año 2011, como ya se ha indicado anteriormente, los criterios de acceso se han modificado ya que el Centro se ha ido adaptando a las necesidades de los propios residentes y a las de la población en general, pudiendo ingresar personas que necesiten andadores o muletas y se acepta la permanencia de los residentes que precisan sillas de ruedas. Ello significa un aumento de personas dependientes en el año 2013 respecto al 2004.

### Movilidad:

El 95.24% de los residentes se desplazan de forma autónoma aunque sea con las ayudas técnicas mencionadas.

Para conocer el grado de autonomía de las personas, es necesario averiguar qué aspectos concretos de la vida diaria presentan más dificultad para su realización. El mayor o menor grado de dificultad o autonomía para realizar estas actividades determina el grado autonomía. Para obtener los datos de la tabla 24, se han consultado los resultados obtenidos en las siguientes escalas de valoración. Para la Autonomía Funcional, se han utilizado las escalas de BARTHEL, Lawton y Brody y para la Cognitiva, se ha utilizado el MEC-LOBO. Del año 2004 no hay documentación para extraer los datos, salvo tener en cuenta el requisito de ingreso de ser totalmente autónomo para todas las ABVDs y el punto de corte (27 puntos) en el MEC-LOBO.

**Tabla 23.** Grado de deterioro de los residentes según las diferentes escalas de valoración en 2013.

2013			
	GRADO	Nº	%
Escala de valoración funcional AVD BÁSICAS (BARTHEL)	Independencia	14	32,6
	dependencia leve	24	55,8
	Dependencia moderada	4	9,3
	Dependencia grave	1	2,3
<b>TOTAL</b>		<b>43</b>	<b>100</b>
AVD INSTRUMENTALES LAWTON Y BRODY	Independencia	5	11,6
	Dependencia moderada	20	46,5
	Dependencia severa	18	41,9
<b>TOTAL</b>		<b>43</b>	<b>100</b>
VALORACIÓN COGNITIVA MEC-LOBO	Inexistente (27-35)	35	81,4
	Sin deterioro (23-27)	5	11,6
	Leve (14-22)	1	2,3
	Grave (<13 puntos)	1	2,3
	No valorable	1	2,3
<b>TOTAL</b>		<b>43</b>	<b>100</b>

*Fuente: propia*

Respecto a las actividades básicas de la vida diaria, como se observa en el cuadro, han aumentado las personas que permanecen en el centro con dependencia y que necesitan ayuda para alguna de las actividades de la vida diaria. Si bien lo que es comer, vestirse y desplazarse en el centro lo puede realizar el 88.2% de los residentes, el 11,8% restante necesita ayuda de tercera persona.

En relación a las actividades instrumentales también ha habido diferencia, sólo el 9.4% es capaz de administrar el dinero y los medicamentos, salir a realizar compras o prepararse alguna comida en el microondas.

Y en cuanto al nivel cognitivo, el resultado de la escala de valoración del MEC-LOBO, el 93 % no presenta deterioro cognitivo, y el 6,9% restante tienen deterioro leve, grave o no valorable. El no valorable se refiere a un residente que no puede hablar ni escribir por su patología.

## Conclusiones

Nos hallamos ante un grupo heterogéneo de personas mayores, con condiciones físicas, psíquicas y trayectorias personales diferentes. Diferencias que hay que tener en cuenta a la hora de atender sus necesidades. Es obvio que los esfuerzos realizados en las políticas sociales del Estado de Bienestar, en los últimos treinta años, han permitido una mejora sustancial en su calidad de vida. Pero no por ello se puede decir que se hayan erradicado ni la vulnerabilidad, ni los riesgos de exclusión social difíciles de detectar, salvo que se acerquen a un recurso público o privado de atención.

La escasez en la cuantía de las pensiones, la soledad, la falta de red familiar, las barreras arquitectónicas y la imposibilidad de ingreso en residencias públicas para las personas que no son muy dependientes, constituyen ejemplos de riesgo de exclusión en el envejecimiento. Este problema, hoy por hoy, no es atendido por la LAPAD, ya que esta Ley se ha centrado en las personas dependientes y no en la promoción de la autonomía.

En la tabla siguiente se recoge el resumen del perfil de los usuarios de los apartamentos en 2004 y 2013 desde un prisma social y sanitario.

**Tabla 24.** Porcentaje por género de perfiles de los residentes en los años 2004 y 2013.

PERFILES	2004				2013			
	Nº de hombres	Nº de mujeres	TOTAL		Nº de hombres	Nº de mujeres	TOTAL	
			Nº	%			Nº	%
Personas autónomas con patologías crónicas (con preservación de facultades mentales, sin problema social)	7	32	39	92,8	1	12	13	30,2
Personas sin deterioro cognitivo sin graves pérdidas de capacidad funcional. Vigilancia y ayuda en AVDS	0	1	1	2,4	2	6	8	18,6
Personas con dependencia moderada con necesidad de ayuda para las ABVDs	0	0	0	0,0		5	5	11,6
Personas con dependencia leve, pero con problema	0	2	2	4,8	7	10	17	39,5

social importante (sin familia, sin recursos, barreras arquitectónicas...)								
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>35</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>33</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

*Fuente: propia*

Como se observa en la tabla anterior, el perfil de los residentes, en ambos períodos, ha variado significativamente. De ser un Centro en el que prácticamente todos los residentes eran totalmente independientes, ha pasado, en el año 2013, a que solo un tercio de las personas siguen siendo autónomas, otro tercio presenta alguna dependencia funcional y cerca del 40% presenta dependencia leve, pero con problema social importante (sin familia, sin recursos, barreras arquitectónicas...)

Junto a la información cuantitativa del cuadro anterior de las personas que residen en los apartamentos, resulta importante tener en cuenta otros problemas como: recursos económicos bajos, falta de apoyo familiar y, en algún caso, dificultad en la movilidad y deterioro mental.

En el año 2004 las características y situaciones de los mayores se puede decir que eran personas autónomas sin ningún tipo de problema social, económico, ni sanitario que determinara el ingreso en el Centro, salvo en el caso de dos hermanas, una soltera y otra casada. Ambas, físicamente no cumplían los requisitos para el ingreso en ese momento (llevaban muletas por su limitación física). Se valoró el ingreso porque el matrimonio tenía a su hija en la residencia de Disminuidos Físicos de Aragón, situada pared con pared del Centro y la hermana soltera vivía en el pueblo con la vivienda no acondicionada y sin familia.

Mientras que en el año 2013, las características y situaciones que se dan han variado profundamente y se pueden resumir en:

- Del 27,91% de residentes que no disponen de recursos económicos para el ingreso en una residencia.
  - 13,94%, autónomos físicamente con problema social que incide en su salud, sin red familiar o en el seno de una familia conflictiva.
  - 9,29%, con movilidad reducida y sin red familiar.

- 4,64%, dependientes físicamente y/o sin red familiar.
- Del 72,08% de residentes con recursos económicos
  - El 20,93%, autónomos física y cognitivamente sin red familiar o si la hay no les pueden atender o no quieren ser carga para los hijos.
  - El 16,28%, con movilidad reducida, sin red familiar o si la hay no los pueden atender o no quieren ser carga para los hijos.
  - El 13,94%, autónomos físicamente con problema social que incide en su salud, sin red familiar o si la hay no los pueden atender.
  - El 20,93%, dependientes física o cognitivamente, sin red familiar o si la hay no los pueden atender o no quieren ser carga para los hijos.

A todas estas situaciones tenemos que añadir las de las personas que, por sus diferentes patologías, ingresan en el hospital y una vez que son dadas de alta necesitan cuidados.

El fenómeno del envejecimiento de nuestra sociedad presenta un gran protagonismo y no siempre va unido a la calidad de vida como se ha visto en el análisis anterior. Ello implica una revisión de los recursos y servicios de atención a las personas mayores

Uno de los desafíos de la LAPAD debería haber sido dar respuestas a estas necesidades. Esto supondría conocer la problemática actual de los mayores que requieren atención y apoyos de diferente tipo e intensidad, según sus limitaciones funcionales, psíquicas, situaciones socio-familiares-económicas, etc. y darles respuesta. Hubiera sido deseable que estas situaciones, que reclaman recibir una atención adecuada, se hubieran resuelto logrando la permanencia de los mayores en sus domicilios el mayor tiempo posible. Para ello, el desarrollo de la Ley tendría que haberse centrado más en la persona, como plantea el modelo de ACP. Si así fuera, algunos casos se resolverían con la presencia de un asistente personal todos los días del año y con un número de horas variable. Éste iría introduciendo apoyos y prestaciones en función de las necesidades que se fueran presentando, de forma ágil y, así, los mayores podrían continuar con su proyecto vital.

La Fundación Federico Ozanam y, en particular, el Centro CAI-OZANAM, atenta a los problemas sociales, intenta dar respuesta a las necesidades especiales de los mayores, adaptándose a las nuevas realidades que imperan en la sociedad.

El objetivo de atención, teóricamente, no ha variado en los diez años de funcionamiento del Centro. Éste es mejorar la calidad de vida, entendiendo ésta como el mantenimiento y/o mejora de autonomía, de la capacidad funcional y cognitiva, del bienestar físico y emocional e integración y mantenimiento de las relaciones sociales y familiares.

Se trabaja desde un modelo que implica la atención integral, a través de servicios e intervenciones orientados al emponderamiento de las personas, en el que se priman sus derechos. Procurando un trato digno y respetuoso. Teniendo en cuenta sus preferencias y deseos, reconociendo su singularidad. Trabajamos para las personas.

El perfil de los residentes ha ido cambiando, lo cual ha hecho plantear cambios en la organización del Centro, para adaptarse a la nueva realidad. En su inauguración, la atención estaba marcada por el carácter preventivo, a través de medidas encaminadas a fomentar el envejecimiento activo. Dirigida a personas que deseaban recibir una atención permanente, vivir en compañía, sin perder su independencia y todo ello sobre la base de una atención integral. Además, se ofrecían una serie de servicios comunes destinados al mantenimiento funcional y cognitivo del residente. Diez años después, se mantienen el carácter preventivo a la vez que se añaden las intervenciones relacionadas con el cuidado personal (acompañamientos a médicos, gestiones, .., utilizar el wc, asearse, etc.). Todo ello, a través de servicios y programas integrales que persiguen prevenir el incremento de la dependencia.

## **15. Proceso de Atención a los residentes**

La Fundación Federico Ozanam trabaja por las personas. El desarrollo de una metodología dirigida a potenciar la autonomía de las personas mayores,

cuidando todos los aspectos de su vida, avala el cuidado y atención de las mismas. El Centro CAI-OZANAM está inmerso en estos postulados. Por una parte, ofrece un lugar donde vivir que pueden personalizar y sentirlo como su "casa". Por otra, ofrece una atención especializada e individualizada, dirigida a dar respuesta de forma adaptada y flexible a las necesidades y peculiaridades de cada persona. Las intervenciones que se realizan van dirigidas a fomentar su autonomía y desarrollo personal.

Además, se tienen en cuenta a las familias: se asesora, se orienta y se realizan trámites y gestiones en función de sus necesidades. También se tienen en cuenta sus sugerencias y aportaciones.

Las intervenciones que se realizan con los residentes se realizan bajo la premisa, trabajamos por las personas y a través de programas integrales y de calidad, destinados a atender las necesidades de los residentes de forma completa. Desde el primer contacto se valora la situación psicosocial y sanitaria con la perspectiva de que cada residente es único. Teniendo en cuenta tanto sus necesidades, historia de vida y preferencias como el entorno familiar y social, se orienta a las **personas mayores** y sus familias hacia la solución más adecuada y se trabaja cada día para lograr el bienestar tanto del residente como del familiar, brindando los cuidados necesarios que faciliten el desarrollo de todas las facetas de su vida y promocionando su autonomía y relaciones sociales y procurando su dignidad, respeto y participación en la toma de decisiones, a través del afecto, la escucha y la observación. En el momento de la intervención es el Equipo Interdisciplinar del Centro quien propone un Plan de acuerdo con la **persona mayor** y/o su familia, en un ambiente cálido y abierto a la comunidad.

Uno de los cuatro pilares de acción de la Fundación es la mejora continua en sus acciones. De ahí que las intervenciones en el año 2004 con respecto a 2013 se hayan modificado.

En el año 2002, la Fundación Federico Ozanam obtuvo la primera certificación ISO 90001:2000 y de ahí se fue implementando progresivamente

el Sistema. En el período 2006-2008, la Fundación emprendió el reto de extender su sistema de calidad a la gestión en la atención y cuidado que ofrece a las personas mayores en todos sus Centros (Residencias y Centros de Días) y Servicios (de ayuda a domicilio y de información). Para ello contó con los equipos formados por profesionales de distintas áreas y de diferentes Centros de la Fundación. En junio de 2008 el proceso culminó con la certificación del Sistema de Gestión de Calidad en base a la Norma ISO 9001:2008, que asegura una atención integral y de calidad de los centros y servicios para personas mayores y en particular para el Centro que nos ocupa. Ello supone una metodología de trabajo que va más allá de satisfacer las necesidades básicas de la persona mayor, buscando siempre una atención integral que le permita seguir desarrollándose en todas las facetas de su vida, trabajando para minimizar, en la medida de nuestras posibilidades, las limitaciones impuestas por la edad.

Si nos centramos en los apartamentos, en los diez años de andadura, el perfil de los usuarios, los requisitos de ingreso, así como su metodología de trabajo se han modificado.

El análisis y mejora continua de los procedimientos diarios de trabajo han contribuido por una parte a adaptarnos a las necesidades de los residentes, de sus familias como a las demandas sociales y por otra a trabajar con programas, protocolos de actuación basados en un Sistema de Gestión de Calidad, certificado bajo la norma **ISO 9001-2008**. La verificación de su cumplimiento está sometida a auditorías internas y externas.

A continuación se explica el modelo de funcionamiento que se ofrece en el Centro. De acuerdo con el período temporal que estamos analizando, comparamos la situación en 2004 y 2013, aun teniendo en cuenta las modificaciones que se introdujeron en 2008 de acuerdo con la certificación ISO señalada. Para ello, se ha estructurado siguiendo las líneas del modelo AGCP en relación a: la persona, sus derechos y preferencias, su participación, relaciones y aspectos afectivos, organización, intervenciones, ambiente y, por

último, la integración en la comunidad, realizadas por Mercè Mas y Ma. Carme Arqués.

### **1) La persona, sus derechos y preferencias**

**En el año 2004** eran estas las normas de funcionamiento en este punto:

- Los residentes son llamados siempre por su nombre.
- No solo hay un respeto en todo lo referente a sus derechos fundamentales: ideología, creencias religiosas, estilo de vida, sino que se intentan favorecer en la medida de lo posible con actividades que las fomenten.
- El Centro es un centro abierto donde los residentes pueden invitar a sus familiares amigos a sus respectivos apartamentos., con horarios flexibles, incluso pudiendo permanecer en él si un familiar está enfermo. Además, los familiares pueden comer con ellos, bien dentro del apartamento como en el comedor común.
- La entrada y salida del Centro es libre, sólo se les pide que informen en recepción cuándo salen y si van o no a llegar a la hora de las comidas o si por la noche llegan tarde que digan más o menos la hora de llegada al Centro y antes de llegar llamen por teléfono para que la auxiliar de noche les espere.
- Los residentes permanecen en sus apartamentos y/o en las zonas comunes (salas de estar, biblioteca...jardín).
- Los menús pueden elegir dos opciones, más el Centro ofrece dietas especiales (diabéticos, sin grasas y dietas blandas).
- Se valora la intimidad familiar, proporcionando espacios para este fin cuando el apartamento es compartido.
- Se trabaja el respeto mutuo entre profesionales y usuarios.
- Cuando se acuerda que un residente precise un recurso (andador, silla de ruedas, dietas especiales, etc.) se trabaja con él para que pueda superar el problema y volver a la normalidad.
- Cuando se entra en los apartamentos se llama a la puerta. Los

profesionales saludan y preguntan cómo están, cuando se cruzan con los usuarios o pasan por las respectivas salas.

**En el año 2013**, a lo anterior se añade por el deterioro de los residentes:

- Los usuarios, en caso que quieran que se les gestione la medicación en el centro o que se les haga fotografías, lo autorizan. Igualmente, si no quieren seguir un tratamiento, se respeta su decisión firmando el documento correspondiente.
- La entrada y salida del Centro es libre. Sólo es limitada cuando las condiciones mentales no lo permiten que entonces se les pregunta dónde van y si está pendiente que llegue a su destino.

## **2) Participación**

**En el año 2004**

- Se parte de sus capacidades y se fomentan otras nuevas.
- Se les dan responsabilidades (encargarse de la capilla, el jardín, cuidar las plantas del Centro y las propias, como hacerse la cama, etc.).
- Se colocan carteles con las actividades, fiestas, etc., tanto del Centro como de fuera de él.
- Se valoran las opiniones personales de los residentes sobre el funcionamiento, instalaciones, etc., del Centro. Además Hojas de reclamaciones.

**En el año 2013**, tras la certificación del Sistema de Gestión de Calidad en base a la Norma ISO 9001:2008, análisis y mejora continua, se añaden los siguientes cauces de participación:

- Se valoran las opiniones personales de los residentes sobre el funcionamiento del Centro a través de: Buzones de sugerencias Junta de Participación, se realizan Asambleas de usuarios, de familiares y Encuestas de satisfacción.

### **3) Las relaciones y los aspectos afectivos**

#### **a Pre-ingreso**

##### **i) Información y funcionamiento del centro**

Se lleva a cabo una primera entrevista con la Directora y/o Trabajadora Social que primero informa verbalmente, después entrega un folleto en el que se especifican los servicios, programas y la documentación necesaria para realizar la solicitud, además de una hoja en la que se detallan los precios. A continuación se les enseñan las instalaciones y se resuelven dudas. La actuación es la misma en ambos períodos.

#### **b Solicitud de plaza**

##### **En el año 2004**

Si el usuario/a decide solicitar plaza, se cumplimenta el correspondiente expediente, se recoge la documentación requerida para formalizar el ingreso y se realiza una valoración en el mismo Centro para determinar si la persona es válida o no para los apartamentos.

Dicha valoración se lleva a cabo desde los servicios de Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Enfermería, teniendo en cuenta el resultado de las pruebas realizadas, decide si es apta o no.

Para determinar si una persona mayor es apta o no, se utilizan las siguientes escalas desde:

- Departamento de Terapia Ocupacional:
  - o Valoración cognitiva: Mini Exam Cognoscitivo (Mec-Lobo): Permite medir funciones cognitivas de los residentes, principalmente las de orientación, concentración, memoria a corto plazo, cálculo, etc.
  - o Valoración de las ABVDs.: Índice de Barthel: Permite medir la dependencia o independencia del anciano en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), aseo, ducha, comer, etc.

- Valoración de las AIBVDs: Índice de Lawton: Valora su dependencia o independencia en relación de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación, manejo de recursos económicos y capacidad de uso del teléfono.
- Departamento de Fisioterapia
  - Valoración Física
    - Escala de Tinetti: Permite medir el equilibrio de la persona
    - Balance Articular y muscular: Permite medir el rango en extremidades superiores, inferiores y tronco.
    - Marcha: Permite medir el tipo de marcha y si precisa ayudas técnicas.
- Departamento de Enfermería:  
Se realiza la historia clínica: Se miden las constantes siguientes: tensión arterial, pulso, saturación, azúcar. Se anota las patologías y medicación que toma el futuro residente.
- Departamento de Dirección y Trabajo Social  
Una vez que se ha realizado la valoración y no hay dudas sobre su ingreso, se le enseña el apartamento de nuevo para que se familiarice con él y pueda pensar qué muebles, objetos personales se pueda llevar. Se establece el día del ingreso.

### **En el año 2013,**

Tras la certificación del Sistema de Gestión de Calidad en base a la Norma ISO 9001:2008, análisis y mejora continua se añaden:

- La valoración gerontológica queda registrada según los protocolos de calidad de la Fundación.
- Se tiene en cuenta la información apartada por Dirección y/o Trabajadora Social en la determinación si la persona es apta o no. Si es apta, se

establece el día del ingreso según protocolo a través el documento Comunicación de incorporación para realizar el periodo de adaptación y observación.

### **c Traslado del mayor al centro**

#### **En el año 2004**

Tras el recibimiento del residente y su familia, se procede a la firma del contrato que se envía a las oficinas centrales para su firma por el Secretario General de la entidad. Una vez firmado, es remitido al Centro y se entrega a la familia, se anota en cuaderno de incidencias el ingreso del nuevo usuario, y se entrega el Reglamento de Régimen Interno.

Por último, se realizan las presentaciones pertinentes, se le entregan las llaves correspondientes y se le acompaña al apartamento para que se instale, clarificándole la distribución de espacios en el caso de que sea compartido y se le explica cómo utilizar los servicios de teléfono y Teleasistencia. Se le deja para que organice sus objetos personales y se les informa de que cuando terminen avisen o acudan a recepción para despedir a sus familiares e indicarle dónde ha de ir, horarios, etc.

Se establece un mes de período de adaptación, tanto para el residente como para el Centro, se inscribe el alta del usuario en el Libro de Registro del Centro y se comunica el alta a Administración.

#### **En el año 2013**

Tras la certificación del Sistema de Gestión de Calidad en base a la Norma ISO 9001:2008, análisis y mejora continua se añaden:

- Se procede a la firma de los siguientes documentos, según los protocolos establecidos: Contrato, Autorización de Imágenes, Domiciliación Bancaria y, además de entregar el Reglamento de Régimen Interno, como en el 2004, se entrega el Libro de Acogida del residente y se rellena una ficha de valoración de necesidades en la que

se describe si utiliza ayudas técnicas o no, en caso de usarlas cuál, si es incontinente o no, tipo de dieta, si se administra la medicación o no, si es autónomo o necesita supervisión y/o ayuda en la ducha, intolerancias, alergias, etc.

- La Directora y/o Trabajadora Social, previamente a la incorporación del usuario al Centro se le da de alta en la base de datos de Tercera Edad en el servicio correspondiente y se comunica el alta por correo electrónico a Secretaría Técnica, a Administración y al Área de Mayores.

#### **d Intervención**

Este apartado se desarrolla en el apartado h.

#### **e Baja**

##### **En el año 2004**

Se comunica la baja a Administración. Las bajas pueden ser: por traslado a otro Centro de la misma Fundación o fuera de la misma, voluntarias y/o por fallecimiento. En caso de fallecimiento se acompaña a la familia y se acude al funeral.

Se anota en el Libro de Registro del Centro y se archiva el expediente.

##### **En el año 2013**

Tras la certificación del Sistema de Gestión de Calidad en base a la Norma ISO 9001:2008, análisis y mejora continua se añaden:

- En caso de baja por traslado a otro Centro bien sea de la Fundación o fuera de ella y/o voluntaria se firman los siguientes documentos: Hoja de baja voluntaria en el Centro, recogida de partencias y/o donación de las mismas.
- Se comunica la baja vía e-mail a Administración, a Secretaría Técnica, al Área de Mayores y al Servicio de Información, se de baja al usuario en la base de datos de tercera edad y se archiva el expediente durante tres años.

- Si se traslada el usuario a otro Centro de la Fundación, se firma un nuevo contrato de ingreso. El centro que recibe al residente a los 15 días del ingreso deberá realizar una nueva valoración gerontológica y un nuevo PAI.
- Si la residencia a la que se traslada el residente no es de Ozanam, se entrega una tarjeta del Centro a la familia para que si lo desean, la entreguen en el nuevo centro y sus profesionales puedan ponerse en contacto con nosotros. En caso de que la familia solicite un informe de traslado se realiza un Informe Social.

## **f Familias**

### **En el año 2004**

- El horario de los familiares es amplio e incluso pueden comer con los residentes en el comedor común y/o en el propio apartamento. Además en caso enfermedad grave del residente le puede acompañar permaneciendo en su apartamento.
- Apoyo a las familias en el ingreso, en la estancia y en el duelo.
- Se fomenta la relación entre ellos a través de la participación en actividades.

### **En el año 2013**

Tras la certificación del Sistema de Gestión de Calidad en base a la Norma ISO 9001:2008, análisis y mejora continua se añaden:

- Se les invita a colaborar en la atención a su familiar: cuidado de ropas, compras, acompañar a médicos, así como a participar de las actividades del Centro
- Se realizan asambleas con familiares.

## **g La organización**

### **En el año 2004**

La Organización contaba con los siguientes profesionales: Directora, Trabajadora Social, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Enfermera, Gerocultoras, Personal de limpieza, Recepcionistas. Servicios externos: Cocinera y Ayudante de cocina.

### **En el año 2013**

Tras la certificación del Sistema de Gestión de Calidad en base a la Norma ISO 9001:2008, análisis y mejora continua se añaden:

- Animadora sociocultural, Responsable de auxiliares y aumenta el número de gerocultoras.
- Se realizan reuniones semanales del equipo interdisciplinar y reuniones periódicas con las gerocultoras, equipo de limpieza, cocina.
- Entre los temas tratados en las reuniones de equipo interdisciplinar se incluyen los siguientes:
  - o Aceptación y revisiones del PAI
  - o Evolución de los residentes. Problemas que plantean, nuevas situaciones de cuidado que se observan, etc.
  - o Funcionamiento del Centro: modificación de actuaciones en función de las necesidades de los residentes.
  - o Se establecen nuevos cuidados y/o se dan de alta.
  - o Cuando un residente tiene que ser atendido en su apartamento se cumplimenta el documento Ficha de cuidados.
  - o Preparar posibles altas de nuevos ingresos.

### **h Intervención**

#### **En el año 2004**

Uno de los objetivos del centro es promover la autonomía e independencia del mayor en la vida cotidiana, a pesar que éstos se puedan encontrar en situaciones de discapacidad, dependencia, pobreza, exclusión

social..., entendida como el derecho que tienen los residentes a tomar sus propias decisiones en relación a su vida.

Como se ha visto en el análisis de los usuarios, en el 2004, los residentes eran personas autónomas, independientes, sin problema social. De ahí que la intervención de los profesionales iba dirigida por una parte a cubrir las necesidades básicas (Alojamiento, lavandería, limpieza y restauración) y por otra, tras la valoración gerontológica, fomentar la participación en las diferentes alternativas que el Centro ofrece para el mantenimiento de la actividad física, mental y mantenimiento de las relaciones sociales y culturales. Y todo ello con un trato cálido, respetuoso, se les nombra por su nombre y se les pregunta cómo quieren que se les trate.

La intervención con el mayor se realiza según sus preferencias y necesidades teniendo en cuenta la valoración integral que cada profesional ha realizado, además de la observación y la escucha en el día a día de las diferentes situaciones de la persona para identificar sus necesidades.

De lunes a viernes se ofrece un espectro de actividades informales y programadas tanto en el interior y como en el exterior.

Físicas: el Centro dispone de un gimnasio donde la Fisioterapeuta dirige los ejercicios que pueden realizar los residentes. El modo de intervención es individual y/o grupal según el tratamiento.

Cognitivas: en la sala de terapia ocupacional los residentes dirigidos por la Terapeuta Ocupacional realizan talleres de memoria y orientación a la realidad, mantenimiento de las actividades de la vida diaria, psicomotricidad, musicoterapia y laborterapia,...

Lúdicas: en el Centro como: cine, fiestas, semana cultural,.. y, en el exterior utilizando transporte público o de la propia Fundación para realizar visitas a exposiciones, parque, excursiones. La Trabajadora Social se encarga de programar las actividades lúdicas.

El Centro ofrece también servicio religioso, peluquería y podología.

Las actividades, talleres que se desarrollan en el Centro intentan mantener a los residentes de forma motivada y en forma física, mental a la vez que son fuente de relación y socialización y que junto a una dieta equilibrada ayudan a la prevención de la dependencia.

Además el Centro acompaña a los residentes en su proceso de envejecimiento. En el caso de que no haya familia y/o ésta no pueda atender sus necesidades (ir al médico, realizar compras, etc.), el Centro se hace cargo. Si están hospitalizados se les visita y se está en contacto con los familiares. En caso que no ha haya familia, se habla con los médicos y se buscan los recursos adecuados para que la persona hospitalizada se sienta atendida.

Se realiza seguimiento por parte de cada profesional con objeto de tener actualizada las intervenciones. En él se incluye lo más relevante de la valoración gerontológica, intervención que se va realizar, seguimiento de la intervención, cambios significativos.

### **En el año 2013**

Tras la certificación del Sistema de Gestión de Calidad en base a la Norma ISO 9001:2008, análisis y mejora continua se añaden:

- La intervención con el mayor se realiza según lo establecido en el PAI, tras la valoración gerontológica realizada, hasta la baja del usuario.
- Las actividades lúdicas son programadas por la animadora sociocultural.
- En la primera reunión del Equipo Interdisciplinar se nombra el tutor y se realiza una primera aproximación de cómo se encuentra el nuevo residente: necesidades, adaptación...
- En los primeros 15 días, tras la valoración gerontológica, cada profesional del equipo técnico realiza el PAI y se aprueba en la reunión de equipo y se consensua con el residente, con la familia y/o tutor. La evaluación es anual, salvo que se produzcan cambios circunstanciales

en el estado del usuario que entonces se realiza uno nuevo. Todo profesional puede alertar de esa nueva situación de residente.

- En el PAI se incluye los siguientes apartados: situación/diagnóstico, objetivos a conseguir, actuaciones y evaluación. También, se rellena el documento Planificación de PAIS en el que se anota el tutor y la próxima revisión.
- En los programas, queda reflejado además del objetivo del programa, evaluación, protocolos, las funciones de cada profesional y del equipo interdisciplinar. Cada programa se evalúa una vez año. Se realiza un Informe con los resultados obtenidos y propuestas de mejora.

#### PROGRAMAS:

- Programa de Prevención y tratamiento del deterioro cognitivo.
- Programa de Mantenimiento y reeducación funcional
- Programa de Mantenimiento y rehabilitación física.
- Programa de Atención Sociosanitaria
- Programa de Cuidados Paliativos
- Programa de Prevención y tratamiento de úlceras por presión.
- Programa de Prevención de caídas.
- Programa de Dinamización social
- Programa de Familias

La valoración gerontológica para rellenar el PAI, queda registrada en los siguientes documentos: Valoración Social, Valoración Clínica inicial, Valoración Física, Valoración cognitiva, Valoración Animación Sociocultural y valoración inicial de necesidades. Una vez realizado el PAI, se invita a participar, pero no se obliga al residente a participar. Él escoge.

La Fundación dispone de un Sistema informático (Intranet) en el que queda reflejado en diferentes pestañas las siguientes hojas: Ficha de usuario, datos administrativos (restringido a dirección y trabajo social), valoración preingreso, valoración gerontológica, PAI, seguimientos de: animación, fisioterapia, terapia ocupacional, social,

médico, enfermería, farmacia y servicio de ayuda a domicilio. Ello nos permite conocer la conocer al residente y ofrecer una atención integral.

Además el Centro dispone de Protocolos de actuación en caso de traslado al hospital, de fallecimiento, de gestión de la medicación.

## **i El ambiente**

Situado en la zona centro de la Ciudad, bien iluminado, sin barreras arquitectónicas, con aire acondicionado, calefacción.

**En el año 2004** la estructura del Centro tenía:

- Entrada amplia, acogedora, cuadros, paneles donde colocar la información de las actividades, fotografías de recientes actividades, exposiciones,...
- Planta menos dos: garaje y trasteros para los residentes
- Planta menos uno: donde está ubicado el centro de día y que cuenta con espacios de baños geriátricos, tres salas de estar. Además cuenta con salas comunes para los usuarios de centro de día y apartamentos de: terapia ocupacional, gimnasio, enfermería, peluquería y sala multiusos. Esta sala está separada mediante puertas plegables, ello permite crear espacios diferentes capilla, sala de reuniones, cine, .. cuando el aforo es pequeño y sala de televisión y/o convertirse en un espacio amplio con aforo para sesenta personas. Además cuenta en otro departamento individual de lavandería y vestuario del personal
- Planta baja: con los servicios de recepción, sala de estar, despacho de dirección, despacho de trabajo social, comedor, cocina, almacén, lavabos, zona exterior y nueve apartamentos dobles.
- Planta primera: con salas multiusos, sala de televisión, de informática, de biblioteca, dos almacenes, terraza y once apartamentos dobles y uno individual.
- Planta segunda en la que se albergan cuatro apartamentos individuales y dos terrazas.

- Los apartamentos personalizados con objetos propios de los residentes, cuadros, fotografías, muebles, disponen de una sala con microondas, nevera, además de los sillones, mesa camilla, el baño adaptado y las habitaciones con una o dos camas articuladas y sus respectivas mesillas.
- Sistemas de Teleasistencia
- Higiene cuidadosa de todas las instalaciones.
- Con disponibilidad de utilizar los baños geriátricos cuando la situación lo requiera, grúas.

**En el año 2013**, tras el análisis y mejora continua se añaden:

- Se cambiaron los platos de duchas por duchas al ras del suelo con mamparas abiertas y sillas para la ducha.

## **j La integración.**

**En el año 2004**

- Relación con el Centro Municipal Laín Entralgo. Se colocan carteles de las actividades y se invita a los usuarios para que participen de sus actividades.
- Se celebran las fiestas civiles y litúrgicas, así como aniversario del Centro y semana cultural. Se hacen visitas a museos, exposiciones...
- Se mantiene relación con otras residencias
- Acuden al Centro grupos de jotas, teatro, etc.

**En el año 2013**, tras la mejora continua se añaden:

- Se participa con la Universidad de Ciencias de la Educación en un Proyecto "Erase una vez la escuela", donde los alumnos entrevistan a los mayores y luego les invitan a conocer la Facultad.

- Se celebra el décimo aniversario con actividades abiertas a la comunidad dirigidas a niños (hinchables, maquillaje..) y a personas adultas (talleres de memoria, flores, gimnasia, etc)
- Se realizan fiestas con los nietos, biznietos de los usuarios.

## **16. Revisión y propuestas de mejora.**

Una vez realizado el estudio de los apartamentos y del modelo ACP, con objeto de conocer y avanzar en un modelo, cuyo punto de partida sea la atención centrada en las necesidades y preferencias de las personas y con la intención de avanzar desde esta perspectiva de mejora continua y progresiva, se van a analizar los resultados.

En los apartamentos tutelados se trabaja desde un modelo que implica la atención integral, a través de servicios e intervenciones orientados al emponderamiento de las personas, en el que se priman los derechos y el desarrollo de la autonomía. Trabajamos para las personas.

La AGCP se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad y bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, a sus intereses y preferencias y contando con su participación activa, a través de diversos apoyos basados en una intervención profesional de calidad. Basada, también, en evidencias científicas, e impregnada de unos valores éticos, con el fin último de incrementar su bienestar, minimizar su dependencia y lograr que puedan participar en su entorno controlando, en lo posible, sus propias vidas.

Aplicar los principios rectores antes enunciados no siempre es fácil, la rutina del día, la falta de formación, las limitaciones de la propia organización, etc., puede dar lugar a que se queden en una declaración de intenciones.

Mi propósito no es otro que el de llevar a cabo una revisión interna sobre el funcionamiento actual del Centro, en clave de revisión constructiva. Ello permite, por un lado, identificar y poner en valor las prácticas realizadas acordes al enfoque ACP y, por otro, conocer e identificar aquellos aspectos en

los que es preciso avanzar. Obviamente, no se plantea revisar al detalle toda la atención ofrecida, pero si una aproximación para reflexionar, revisar y proporcionar aquellas herramientas oportunas. Ello supone hacer un chequeo en lo referente a los profesionales, a los diseños arquitectónicos, a la configuración de espacios físicos del centro, a los modelos de gestión/organización y a los sistemas de evaluación de la calidad. Para realizar el chequeo se ha seleccionado el manual T. Martínez<sup>6</sup>. Se trata de un “Instrumento para la revisión participativa”, para revisar la congruencia entre los valores y las prácticas cotidianas.

Este Instrumento permite llevar a cabo una revisión interna del funcionamiento actual de la organización por parte de los profesionales, concretamente en residencias y centros de día. Esta revisión se realiza de forma participativa, en clave de reflexión constructiva, chequeando las intervenciones cotidianas para identificar y poner en valor las prácticas acordes con el enfoque ACP, y para reconocer los aspectos en los que es preciso avanzar, aportando y comprometiéndose con medidas de mejora que se consideren posibles.

Para ello, plantea para residencias 15 procesos diana relacionados con procesos de atención y vida y 5 procesos referidos al entorno y, por tanto transversales a los proceso de atención. Mientras que, en los centros de día propone 16 procesos diana.

A cada proceso diana se le ha denominado “acciones o metodologías clave” que a su vez se califican mediante un grupo de descriptores de buena praxis en relación a la ACP para que el equipo de profesionales identifique, tanto sus fortalezas (las prácticas acordes a la ACP que se hayan calificado como consolidadas o avanzadas), como sus distancias (posibles áreas o aspectos a mejorar).

---

<sup>6</sup> Avanzar en AGCP- Instrumento para la revisión participativa-manual. Martínez Rodríguez, T. 2013 c.

Desde la dirección del área de mayores de la propia Fundación se insiste en la formación en este modelo, bibliografía y material de cursos realizados por la Fundación Matía y en aplicar su metodología de intervención, de ahí que uno de los objetivos de este trabajo es la adquisición y prácticas de competencias profesionales adecuadas al modelo AGCP. Llevarlo a la práctica no es tarea fácil.

De ahí, que a pesar que en la utilización de este instrumento deben estar implicados los profesionales, las familias y los propios usuarios, por ser un modelo pensado para la reflexión grupal, me ha parecido como primera toma de contacto realizar la revisión únicamente con la Directora del Centro.

Los resultados se consideran como una primera aproximación, siendo conscientes de la necesidad de un debate posterior en el que se reflexione y se lleguen a valoraciones compartidas por el equipo de profesionales. Para ello nos basamos en el resultado de los descriptores que el mismo instrumento propone, analizando cada uno de los criterios/actuaciones/metodologías-clave.

Para llevar a cabo esta revisión inicial únicamente con la directora, se realizaron varias sesiones de dos horas de duración cada una, en la primera se informó de este instrumento, las reglas de su utilización, así como la necesidad de seguir avanzando en el conocimiento y mejora en la atención. En las sesiones siguientes para la realización de la evaluación se revisaron cada uno de los descriptores de buena praxis de cada proceso diana para señalar la situación actual del Centro aportando propuestas de mejora en cada acción metodológica.

En la tabla 3.1 del Anexo se pueden ver los descriptores de buena praxis para cada criterio/actuación/metodologías-clave, señalando si se cumple o no.

Las valoraciones han sido compartidas y se han recogido para las propuestas de mejora.

En la tabla 3 del Anexo pueden verse con detalle los resultados de la evaluación inicial llevada a cabo con la Directora. En las dos últimas columnas

aparecen tanto el descriptor numérico de Buenas Prácticas como el cualitativo de la evaluación.

Una vez completada la revisión en la que se han identificado, tanto los procesos mejorables, como aquellos que el Centro presenta como más avanzados, se propone un plan inicial de ideas y propuestas para avanzar en los procesos de mayor interés a la hora de consolidar el modelo de ACP y que en un siguiente paso serán sometidas a debate con los profesionales del Centro comenzando con el equipo interdisciplinar.

### **1.1. Revisión de procesos de atención y vida cotidiana**

Una característica del modelo ACP es reconocer la singularidad de cada persona y proporcionar una atención personalizada.

Tras la realización del chequeo, se observa que, en general, esta característica se cumple en el modelo de atención que el centro ofrece. Sin que ello signifique que no haya aspectos a mejorar. Fundamentalmente los siguientes:

**a. En los procesos iniciales, antes de que el usuario se incorpore al centro, acogida y plan de atención y vida se ha propuesto las siguientes mejoras:**

- Se observa la necesidad de conocer mejor al nuevo usuario, por lo que en la evaluación inicial, se propone añadir la valoración social, con el propósito de conocer mejor sus gustos, carácter, dificultades, capacidades, preferencias... e informar al resto de profesionales y garantizar el proceso de adaptación de la persona.
- En el plan de atención y vida, se propone incorporar la participación de la persona en su plan de atención.

**b. En los procesos de vida cotidiana: despertarse, aseo y baño, vestido, arreglo e imagen personal, comidas.**

En este apartado se ha visto la necesidad de mejorar en el trato cálido y protección de la intimidad y en la confidencialidad de la información personal. Se proponen las siguientes actuaciones:

- Incorporar biombos para evitar que el compañero de apartamento vea como le asean o cambian el pañal.
- No entrar cuando los usuarios estén el baño.
- Cambiar la puerta de uno de los baños para proteger la intimidad.
- Cuando una persona llega al comedor más tarde lo habitual preguntar qué le ha pasado y no decir expresiones como “venga chica”, “llegas tarde”.
- Cuando surgen problemas con el menú, acercarse a la persona e informarle de la razón de ese menú y si tiene problema hablar con la responsable.
- Ir más despacio a la hora de servir la comida.

**c. En los procesos de vida cotidiana: movilidad, ir al baño y atención a la incontinencia, acostarse y de noche.**

En general, la atención está consolidada. En los apartamentos hay personas que necesitan de tercera persona para ir al baño y/o precisan pañal por su incontinencia. La actuación de los profesionales tiene en cuenta la situación de cada una, proporcionando ayuda pero fomentando la autonomía e independencia. Ejemplo: una señora ha pasado a ser dependiente, lleva pañal y ya no puede levantarse sola de la cama. Como continua intentándolo a pesar del riesgo de caídas, tras observar su comportamiento, se ha establecido un protocolo de actuación que tiene en cuenta sus necesidades específicas. Si bien la protección a la intimidad sigue siendo uno de los aspectos a mejorar, el hecho de compartir apartamento con otra persona dificulta cuando una de ellas precisa apoyo de tercera persona. Como mejora sería la colocación de biombos.

**d. En los procesos de vida cotidiana: actividades, relaciones sociales, conciliar seguridad, autonomía y bienestar emocional,**

### **atención a las personas con demencia y atención al final de la vida.**

En relación a las actividades, se proponen las siguientes mejoras:

- Planificación de las mismas con mayor antelación
- Potenciar que sean los residentes los que realicen propuestas y las organicen.
- Elegir actividades que sirvan de estimulación, de terapia y que, a la vez, sean significativas.
- En cuanto a las relaciones sociales, se propone potenciar la comunicación entre ellos organizando debates, charlas...., hacer propaganda de las actividades programadas en el centro de convivencia para motivar su asistencia. Respecto a las familias, se debe reflexionar para mejorar su participación en el Centro.

### **e. Conciliar seguridad, autonomía y bienestar emocional y atención al final de la vida.**

Se está trabajando en el uso adecuado en las contenciones físicas, teniendo en cuenta cada caso en particular. Además, los residentes se pueden mover con libertad por todo el centro y tienen opción a renunciar a indicaciones y tratamientos. También se valoran los pros y contras de lo que la persona quiere hacer, buscando el equilibrio entre su seguridad y el bienestar emocional.

Cuando una persona se encuentra en situación terminal, se ofrecen los apoyos, tanto sanitarios como espirituales, precisos a ella y a su familia.

Se debe mejorar en la empatía y comprensión de las personas con demencia. Ante sus actuaciones, en vez de responder "lo hace porque quiere" y/o es que tiene "demencia". Como propuesta de mejora se plantea abordar la situación e intentar averiguar y comprender su actuación.

## **1.2. Revisión de procesos del entorno**

### **a. Espacio físico**

Se propone la revisión del sistema actual de instalación de la Teleasistencia, así como reponer pulsadores para aquellas personas que por su estado de salud tengan que permanecer en la sala de su apartamento y establecer un protocolo de control para evitar pérdidas.

Ante la demanda de los usuarios, se está construyendo una rampa de acceso al jardín y se están colocando jardineras en las ventanas de los apartamentos para que los usuarios puedan poner sus macetas sin riesgo de caída.

### **b. Los profesionales**

Se observa la necesidad de mayor formación en este modelo de atención, mejorar en relación a la figura del profesional de referencia así como en la organización del trabajo de los equipos. Mejoras:

- Formación específica en la ACP.
- Modificar el rol del tutor en cuanto a:
- Que pase a ser el personal de referencia del residente y/o su familiar desde el momento de su ingreso y no después de haber pasado unos días, a pesar que por diferentes circunstancias se deba cambiar posteriormente.
- Que coordine y garantice la atención al residente, dándole seguridad, acompañándole y estando atento a sus necesidades y cambios, proporcionándole apoyo, orientación y motivación.
- Cambiar el PAI utilizado en el centro por el PAyV y consensuarlo con los usuarios, en su caso, con las familias, tutor, para adquirir compromisos que aseguren su desarrollo. Igualmente, como es obvio estará sujeto a revisión y modificación en función de las evaluaciones.
- Elaborar fichas personalizadas que guíen los procesos de estimulación global mediante actividades de extensión.

### **c. Las familias**

La atención y apoyo a las familias en la incorporación al Centro está consolidada. También los cauces de participación (buzón de sugerencias, encuestas de satisfacción, asamblea de familiares), pero se precisa mejorar en lo referente a la participación en la vida del Centro. Mejoras:

- Realizar un análisis para valorar su falta de participación.
- Elaborar protocolos de valoración estado y necesidades del cuidador principal.

### **d. La comunidad.**

En este apartado se valora la necesidad de organizar más contactos con los centros escolares de la zona y programar actividades intergeneracionales en el Centro.

### **e. La organización**

Mejoras:

- En relación a las normas de convivencia y funcionamiento, ser más dialogantes.
- En la metodología y en los soportes documentales.
- Llevar a cabo el modelo propuesto implicando más a todos los profesionales.
- Figura del profesional de referencia y PAyV.
- Mayor participación de los residentes, familiar en el PAyV.
- Realizar mayor número de actividades significativas desde la buena praxis.
- Mejorar las encuestas de satisfacción.
- La evaluación de los programas de intervención introducir nuevos indicadores en relación a participación, evolución, satisfacción personalizada de los residentes incluidos en el programa.

## **CONCLUSIONES**

En este trabajo se ha analizado por una parte a los residentes que ingresaron en el Centro en el año 2004 y los que ingresaron en el 2013 y por otra el estudio del modelo AGCP.

En relación a la primera se puede decir que el Centro fue diseñado para personas “válidas” se está convirtiendo en un Centro en el que cada vez se atienden a personas más dependientes. Entre las razones que se pueden destacar el propio deterioro de los mayores con el paso del tiempo y la necesidad de atender a personas menos autónomas y que no pueden vivir solas en casa.

Y, en la relación a la segunda, el estudio me ha permitido conocer el proceso de atención que se ofrece en Centro y la importancia de evaluar y avanzar en la aplicación del modelo AGCP para mejorar la atención ofrecida.

## BIBLIOGRAFIA

Bermejo, L. (2009): Guía de Buenas Prácticas en Centros de Día de personas mayores en situación de dependencia. I PARTE: Bases y reflexiones en torno a las Buenas Prácticas en Centros de día de personas mayores en situación de dependencia Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies

Comisión de las comunidades europeas (2011): Recomendación de 11 de julio de 2011 relativa a la iniciativa de programación conjunta. "Una vida más larga y mejor: posibilidades y desafíos del cambio demográfico".

Díaz, C. (2007). Informe sobre Reunión Técnica Internacional. Las personas mayores frente a la soledad y la insuficiencia de recursos económicos. *Sesenta y más*, 257, 48-53. Disponible en: <http://www.revista60ymas.es/InterPresent1/groups/revistas/documents/binario/257informe.pdf>.

CSIC. IMSERSO (2007). Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo (ELEA). IMSERSO, Estudios I+D+I, 38. Madrid. [Fecha de publicación: 01/08/2007]

CSIC. IMSERSO (2012). Unidades de convivencia. Alojamientos de personas mayores para "vivir como en casa" Informes Portal Mayores, 132. Madrid.

Díaz, C. (2007). Informe sobre Reunión Técnica Internacional. Las personas mayores frente a la soledad y la insuficiencia de recursos económicos. *Sesenta y más*, 257, 48-53. Disponible en: <http://www.revista60ymas.es/InterPresent1/groups/revistas/documents/binario/257informe.pdf>.

Dirección General de Bienestar Social y Dependencia (2012). *I Plan Estratégico Aragón de Servicios Sociales 2012-2015*. Zaragoza: Autores.

España, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Libro Blanco Envejecimiento Activo*. IMSERSO. Madrid: Autores.

España, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). *Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid: Autor.

Fundación Pilares para la autonomía personal (2013). Las personas mayores que vienen. Autonomía, Solidaridad y Participación social. En Fundación Pilares para la autonomía personal. Nº 1. Madrid: Editor. Disponible en [www.fundacionpilares.org](http://www.fundacionpilares.org)

Fundación Bizitzen (2012). *Estudio de Investigación sobre las variables del papel de las personas cuidadoras*. Gobierno Vasco & Bizitzen: Editor. Disponible en: <http://search.tb.ask.com/search/GGmain.jhtml?searchfor=Estudio+de+Investigaci%C3%B3n+sobre+las+variables+del+papel+de+las+personas+cuidadoras+%282012%29&tpr=hpsb&p2=^UX^xdm665^LAESLA^es&n=780cc12d&st=tab&ptb=0366CA24-BE14-4A99-960A-89E040A6AE30&qs=&si=245051&ts=1414857132307>

Filardo, C. (2011). Trabajo Social para la tercera edad. *Documentos de Trabajo Social. Revista de Trabajo y Acción Social*, 49, 206-210.

Knudstrup, M. (2007) La relación entre el diseño arquitectónico y el bienestar subjetivo. En P. Rodríguez, L. Díaz, M., Knudstrup ed. al. (Comp.) *Personas en situación de dependencia. Diseño arquitectónico y modelo de atención*. (pp. 41-56). Dinamarca.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 15 de diciembre de 2006, núm.299. Disponible en: <http://www.boe.es>.

Matia Fundazioa (2009): Modelo de atención centrada en la persona mayor frágil institucionalizada. P. 3. Disponible en: [www.gizartelan.ejgv.euskadi.net](http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net)

[http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/contenidos/informacion/estadisticas/es\\_estadist/adjuntos/proyecto\\_piloto\\_instituciones\\_memoria\\_final.pdf](http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/contenidos/informacion/estadisticas/es_estadist/adjuntos/proyecto_piloto_instituciones_memoria_final.pdf)

Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. En: Documentos de Bienestar Social 76. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Gobierno Vasco. Vitoria: Editor.

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

Martínez, T. (2013 b): *La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos*. Actas de la Dependencia, 8, 2013, págs. 25-47.

Martínez, T. (2013 c). *Instrumento para la revisión participativa manual*. En *Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona*. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/AvanzarAGCPManual2.pdf>

Mas, M. ed Arqués, C. (2012). *La residencia en la que nos gustaría vivir*. Pp. 235-244. En *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Diseño arquitectónico y modelo de atención*. Fundación Caser para la dependencia & Fundación Pilares para la autonomía personal. Disponible en: <http://www.fundacionpilares.org/docs/INNOVRESIDARQUITECYMODELO.pdf>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011): *Libro Blanco Envejecimiento Activo*. Madrid, (PP. 265, 8). Mondragón, J., Santamaría, E. & Izaola, A. (2011). *Condiciones de vida y ausencia de bienestar de las personas*

mayores. Análisis del caso de Bizkaia. Ancianidad, derechos humanos y calidad de vida. En *Oñati socio-legal series. Dedicado a: Ancianidad, Derechos Humanos y calidad de vida.* , V 1, Nº 8. Pp 1-22).

Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. En *Rev Esp Geriatr Gerontol*; 37(S2): Pp 74-105.

Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO (2008). Evaluación de modelos de alojamiento para personas mayores al final de la vida. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias. 36. Madrid.

Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO (2008). *INFORME 2010 Las Personas Mayores en España Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas.* (Tomo I). Madrid. Disponible en: <http://www.imserso.es>. (Recuperado el 23 de junio de 2014).

Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. En *Rev Esp Geriatr Gerontol*; 37(S2): Pp 74-105.

Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

Rodríguez Cabrero, G., Rodríguez Rodríguez, P., Castejón Villarejo, P. ed. Morán Aláez, E. (2013). *Las personas mayores que vienen autonomía, solidaridad y participación social.* En Colección Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal. Nº 1. Editores. Disponible en: [www.fundacionpilares.org](http://www.fundacionpilares.org)

Rodríguez, P (2013). *La atención integral y centrada en la persona.* Fundación Pilares para la autonomía personal. Madrid: Editor.

## **WEBGRAFÍA**

[www.acpgerontologia.net](http://www.acpgerontologia.net)

<http://www.fundacionpilares.org>

