

APLICACIONES PRÁCTICAS DEL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LAS PERSONAS EN ÁMBITOS RESIDENCIALES. EL PROYECTO ETXEAN ONDO.

MAYTE SANCHO CASTIELLO

Directora científica del Instituto Gerontológico Matía

PURA DÍAZ VEIGA

Investigadora coordinadora del proyecto Etxean Ondo residencias. Instituto Gerontológico Matía

PALABRAS CLAVE

Modelo de atención centrado en la persona, unidad de convivencia, autonomía, calidad de vida, dependencia, cotidianeidad.

RESUMEN

La necesidad de identificar itinerarios de atención que den una respuesta más adecuada a las necesidades de las personas mayores que necesitan apoyos es creciente, por lo que surge con fuerza el interés por avanzar en un modelo de atención centrado en la persona. Otros países trabajan en este cambio cultural desde hace décadas.

El Gobierno Vasco, a través de su Departamento de Empleo y Políticas Sociales y en colaboración con la Fundación Instituto Gerontológico Matía, ha asumido este reto innovador poniendo en marcha el proyecto de investigación Etxean Ondo (en casa o como en casa, bien) que se desarrolla en ámbitos domiciliarios y residenciales. Los resultados iniciales de esta experiencia son altamente satisfactorios en aspectos clave como es la calidad de vida, especialmente en personas con deterioro cognitivo grave. La satisfacción de familias y profesionales es muy alta.

KEYWORDS

Person-centered care, small home units; autonomy, quality of life; dependence, everyday.

ABSTRACT

The need to identify care pathways that provide a more adequate response to the needs of the elderly who need support is growing, so there is now a strong interest to make progress on a model of person-centred care. Other countries have been working on this cultural change for decades.

The Basque Government, through its Department of Employment and Social Policy, and in collaboration with the Matia Gerontological Institute Foundation, has taken on this innovative challenge by setting up the Etxean Ondo research project (at home or like at home) that is being implemented in private and nursing home areas. The initial results of this experience are highly satisfactory in key aspects such as quality of life, especially in people with severe cognitive impairment. The satisfaction of families and professionals is very high.

Sumario

1. Evolución de los itinerarios de atención a las personas que necesitan apoyos.
2. El proceso de identificación de nuevos itinerarios de atención en el País Vasco.
3. La experiencia Etxean Ondo en Centros gerontológicos. Origen y Justificación.
 - 3.1. Ámbito de actuación.
 - 3.2. Intervenciones.
 - 3.2.1. Modificaciones ambientales.
 - 3.2.2. Modificaciones organizativas
 - 3.2.3. Modificaciones en la vida cotidiana de las personas usuarias.
4. Resultados.
 - 4.1. Residentes.
 - 4.2. Familiares.
 - 4.3. Profesionales.
5. Conclusiones y lecciones aprendidas.
6. Bibliografía.

1. EVOLUCIÓN DE LOS ITINERARIOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS QUE NECESITAN APOYOS.

Estamos asistiendo a un creciente interés, por parte de profesionales y planificadores, hacia la identificación de itinerarios de atención que, desde planteamientos profesionales, se acerquen a las preferencias y deseos de las personas. En España este movimiento está cobrando una fuerza inusitada en la última década.

Veníamos de una larga y dura historia de instituciones asilares (Informe GAUR, 1975) a las que se recurría sólo cuando no había mujeres (esposas, hijas, hermanas...) que asumieran el cuidado en el ámbito familiar, situando a las personas que acudían a estas instituciones "extramuros" de la sociedad y de sus consiguientes derechos (Sancho. M, Yanguas J. 2014). En el ámbito domiciliario, de la intimidad familiar, la dependencia y la discapacidad tradicionalmente se habían escondido, consideradas como una lacra social, como un castigo que había que ocultar, lejos de cualquier planteamiento terapéutico y rehabilitador. Los servicios domiciliarios empiezan a desarrollarse tímidamente en la década de los 80. Es a finales de esta década, coincidiendo con el desarrollo de los servicios sociales públicos, cuando se empezó a generalizar el interés por afrontar las necesidades de las personas dependientes, más allá de las estrictamente básicas (Yanguas, Leturia, Leturia y Uriarte, 1998): alimentación, higiene y atención sanitaria enfocada a la curación de enfermedades y no tanto al cuidado de situaciones de cronicidad que requieren atenciones diferentes. La aprobación e incompleto desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación

de dependencia (39/2006) ha supuesto otro avance histórico en la conceptualización de la intervención con estas personas. Sin embargo, desde la perspectiva gerontológica, ha generado cierto freno en el ámbito de la aplicación y transformación de un nuevo modelo de atención centrado en las personas. La presión de la demanda de prestaciones y servicios generada a raíz de la aprobación de la ley, está en la base del estancamiento de iniciativas innovadoras. Solo en estos últimos años sumidos en la profunda crisis socioeconómica que ha paralizado muchos proyectos de crecimiento, hemos comenzado a revisar el “cómo” trabajamos y la posibilidad de mejorar la calidad de la atención, mirando a nuestros usuarios, promoviendo su autonomía y sus preferencias.

En Europa, Australia y EEUU, hace ya varias décadas que se avanza en el llamado **cambio cultural** (Pioneer Network, 2014) trabajando intensamente en la planificación de atenciones a personas que necesitan apoyos desde planteamientos como:

- Priorizar la atención en el domicilio y el entorno habitual, en respuesta a la insistente petición de los interesados.
- Intentar ofrecer una atención integrada social y sanitaria, desde diferentes modelos de provisión de servicios sociosanitarios. Mayoritariamente, a través de la coordinación de los sistemas y servicios. (Leichsenring K 2013).
- Desarrollar una oferta de servicios de proximidad que den respuesta a la diversidad cada vez más amplia de la demanda de atenciones. Comidas, servicios profesionales especializados, bibliotecas, acompañamiento, orientación y consejo, peluquería, servicios

religiosos, arreglos y adaptaciones en el domicilio, etc.

- Reformular los modelos tradicionales de atención residencial, de corte muy institucional y derivados de concepciones sanitarios-hospitalarias, hacia propuestas que se acercan al entorno del hogar habitual, en el que las preferencias, hábitos y rutinas de sus usuarios, ocupan el centro de la atención.
- Garantizar que las personas que necesitan apoyos pueden participar en la vida social y ciudadana, con independencia de donde vivan. El proceso de apropiación de la “calle” y lo que en ella sucede, está integrado en el discurso de la diversidad funcional, pero sigue siendo un reto a alcanzar entre las personas mayores en situación de dependencia.
- Ofrecer un modelo de atención sostenible y austero que dé respuestas integradas, eficaces y sin duplicidades, optimizando todo la oferta disponible.

España, aun con su retraso histórico, ya está inmerso en este proceso de cambio que, a la vista de sus resultados en otros países, no tiene vuelta atrás. Sin duda, con diferente grado de implantación, con peculiaridades, rescatando lo significativo y adaptando los cambios a nuestras diversas realidades. Por ello, creemos que la experiencia que se está llevando a cabo en el País Vasco puede contribuir a este proceso de crecimiento.

2. EL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DE NUEVOS ITINERARIOS DE ATENCIÓN EN EL PAÍS VASCO.

Desde el año 2011, el Gobierno Vasco, a raíz de los resultados de diversos estudios sobre condiciones de vida de las personas mayores en Euskadi, análisis exhaustivo de la situación de la vivienda entre personas de 50 y más años, e investigaciones cualitativas sobre las percepciones de este grupo de población en torno al ya paradigma housing, (Aranda M. 2010, Herranz D. Sancho, M Yanguas J. 2011) adquiere un compromiso firme para explorar nuevas formas de enfocar sus políticas de envejecimiento, con especial atención a las dirigidas a las personas en situación de dependencia. Es sobradamente conocido el grado de desarrollo adquirido por los servicios sociales en esta Comunidad Autónoma, así como su compromiso con la aplicación de la LAPAD.

- Los datos disponibles sobre cuantías de prestaciones económicas vinculadas al servicio y de asistencia personal, se sitúan, para el grado III, en torno a los 850 euros, en un rango que oscila entre los 625 y 1.000 euros, en función de los territorios y la puntuación obtenida en la valoración.
- La compatibilidad de servicios como SAD y centro de día con prestación económica, constituyen un indudable indicador de calidad en la aplicación de la ley.
- Los plazos del proceso de valoración, desde que se presenta la solicitud en los servicios sociales municipales hasta el cierre del expediente, en Guipúzcoa están en torno a los 40 días (no disponemos de datos actuales de Álava y Vizcaya).

- La experiencia de extender la prestación para asistencia personal a personas mayores en Guipúzcoa, que en la actualidad llega a cerca de 2.000 personas es otra muestra del interés por buscar itinerarios de atención innovadores, y más ajustados a las necesidades de las personas.

Pero además, desde los ámbitos de la innovación tecnológica existe un interés explícito por el envejecimiento, contemplado en el Plan Vasco de Ciencia y Tecnología 2011-2015, en el que este área de conocimiento ocupa un lugar primordial, incorporando todo su potencial de oportunidad socioeconómica, generación de empleo y progreso para este territorio.

En este contexto, el Departamento de Empleo y Políticas Sociales firma un Convenio de Colaboración con la Fundación Instituto Gerontológico Matía en el que se contemplan una serie de iniciativas. El objetivo que se persigue es poner en marcha buenas prácticas y experiencias que identifiquen nuevos itinerarios de atención a las personas que necesitan apoyos desde el domicilio. Se trata de desarrollar una experiencia de coordinación e integración de servicios en el marco del modelo de atención integral y centrado en la persona en centros de día y residenciales, con especial atención a dispositivos que acogen a personas con necesidades más complejas, tales como unidades psico-geriátricas y sociosanitarias. Ve la luz por tanto el proyecto **Etxean Ondo, en casa o como en casa ...BIEN**. Proyectos ambos que actualmente están a punto de finalizar y en proceso de evaluación de resultados.

Esta iniciativa ha ido acompañada de un conjunto de estudios y acciones formativas en los siguientes ámbitos:

- Programas de formación y sensibilización en relación con los componentes del Modelo de Atención Centrado en la Persona, así como sus implicaciones prácticas.
- Estudio de coste-efectividad sobre las experiencias.
- Nuevos perfiles profesionales que requeriría la generalización de este modelo.
- Aspectos normativos que habría que reformular en este proceso.

El desarrollo de este convenio se realiza con la colaboración y alianza de diferentes Administraciones Públicas y entidades privadas y de la iniciativa social: diputaciones forales, municipios participantes, sistema sanitario de atención primaria y especializada, proveedores de servicios domiciliarios y teleasistencia, SIIS, etc.

Dada la envergadura de la experiencia que se está realizando en el ámbito domiciliario, en colaboración con la Fundación Pílares para la Autonomía Personal, creemos que debe ser objeto de tratamiento específico, por lo que el presente trabajo se circunscribe a la experiencia realizada en Centros residenciales y de día.

3. LA EXPERIENCIA ETXEAN ONDO EN CENTROS GERONTOLÓGICOS. ORIGEN Y JUSTIFICACIÓN.

El Proyecto "Etxean Ondo" se origina y desarrolla en sintonía, entre otros principios, con el deseo de la ciudadanía de más edad de envejecer en casa, aun cuando se precisen apoyos y ayudas específicas. En el caso del País Vasco, esta opinión, adquiere proporciones contundentes, siendo elegida por el 95% de los casos

en algún estudio (personas de 50 y más años del País Vasco, Basa, 2010).

Esta preferencia, fuertemente arraigada en nuestra sociedad, en ocasiones se encuentra con importantes dificultades para ser llevada a la práctica, cuando las necesidades de apoyos y cuidados son complejas y aparecen las frecuentes dificultades para afrontar los cuidados que estas personas necesitan. En estas circunstancias se plantea la necesidad de optar por un traslado a residencias, que si bien ofrecen una atención profesional adecuada, se alejan excesivamente de los modelos de vida cotidiana de las personas, generando desarraigos no deseados que en ocasiones tienen graves consecuencias.

En consecuencia, este proyecto ha intentado incorporar a las instituciones tradicionales los cambios necesarios para poder desarrollar un modelo de atención más acorde con los deseos y preferencias de las personas. La principal característica que define a los denominados modelos de atención orientados en la persona, es que reconocen el papel central de los usuarios en su atención y, en consecuencia, proponen estrategias para que sean ellos mismos (o sus representantes) quienes realmente ejerzan el control sobre los asuntos que les afectan (Martínez, 2011). En otras palabras, el trato digno en la atención a las personas mayores en situación de dependencia se traduce en buscar el máximo beneficio terapéutico, la máxima independencia y control de la vida cotidiana posibles, desde el marco de la atención integral y de la calidad de vida de los individuos. Y se concreta en aspectos de la atención cotidiana como: a) su bienestar físico y emocional, b) el respeto y apoyo a sus decisiones y preferencias en relación con su vida cotidiana c) la promoción

de la independencia desde la creación de entornos físicos y sociales facilitadores, d) la protección y garantía de la intimidad y la privacidad, e) la protección de la propia identidad y el cuidado de la imagen personal. Esta es la principal aportación y lo realmente innovador de estos modelos frente a los que se orientan a los servicios, en los que aun estando entre sus objetivos la atención personalizada, el individuo tiene un papel más pasivo y se sitúa como receptor de atenciones, siendo los profesionales desde su rol de expertos quienes prescriben lo más adecuado a sus necesidades individuales.

Las unidades de convivencia constituyen un dispositivo congruente con este enfoque de atención. Se trata de instalaciones diseñadas en base "al modelo hogar", integradas por espacios comunes como cocina y sala de estar y estancias individuales para cada uno de los residentes compuestas por, al menos, dormitorio y baño privado. Suelen tener una capacidad variada, pero no suele sobrepasar las 15 personas y son gestionadas por profesionales estables, que tengan empatía con los usuarios y con conocimiento de la historia de vida y las preferencias que presentan.

Este tipo de alojamientos con denominaciones diversas está ampliamente extendido en países de Europa Occidental, especialmente en los países del Norte de Europa y, en los de América del Norte. En la actualidad, constituye una alternativa residencial de expansión creciente en estos países.

Existen ya evidencias que muestran las posibilidades que ofrecen los entornos "tipo hogar" respecto a las residencias de "modelo asistencial tradicional", en relación con la independencia y el bienestar en lo que se refiere a

las personas que los habitan, la satisfacción de las familias y la de los trabajadores (Verbeek et al.; 2009, Shier et al., 2014).

En nuestro país, estos dispositivos de atención son todavía escasos. Al margen de experiencias aisladas y localizadas no constituyen un recurso de alojamiento disponible para sus potenciales usuarios. Sin embargo, tanto los deseos, antes indicados de la población mayor, como las evidencias científicas disponibles en relación con los beneficios derivados de la residencia en este tipo de alojamientos los convierte en una alternativa de gran valor para las personas que ya no pueden continuar viviendo en su casa.

Por todo ello, el proyecto Etxean Ondo decidió incorporar este modelo de unidad de convivencia (Díaz Veiga, P. Sancho M. 2011), desde la certeza de que era el más adecuado para el desarrollo de esta experiencia, replicable en la mayoría de las instituciones de corte tradicional que proliferan en nuestro país. Otro objetivo consistió en identificar los efectos de esta perspectiva de atención, respecto a la tradicional dispensada en centros gerontológicos. Para ello, se desarrolló un estudio cuasi-experimental con grupo control en el que se compararon los efectos de la intervención de corte asistencial con otro modelo centrado en los deseos y preferencias de las personas.

3.1. **Ámbito de actuación.**

Para la realización de esta investigación, se seleccionaron tres residencias y dos centros de día pertenecientes a la Fundación Matía: instituciones de reconocida calidad merecedoras desde el año 2006 de la Q de Oro en el modelo FQM, con un alto porcentaje de plazas

concertadas, un tamaño que oscila entre 145 y 85 plazas y un modelo de atención muy centrado en la mejor gestión y organización de la institución. Tanto su construcción y diseño como sus recursos humanos y funcionamiento cotidiano se adecuan a los requisitos establecidos por la Diputación Foral de Guipúzcoa.

En este contexto, se pusieron en marcha ocho Unidades de convivencia, con una capacidad que oscila entre 7 y 14 plazas que constituyen el grupo experimental de esta investigación. En total, participan 160 personas distribuidas en grupos control y experimental.

3.2. Intervenciones.

El Proyecto Etxean Ondo engloba una variada gama de intervenciones basadas en diversas fuentes:

- Identificadas como relevantes en la literatura sobre diseño ambiental de centros gerontológicos (Rowlesy Bernard, 2013).
- Recogidas en diversos estudios cualitativos desarrollados en nuestro contexto en relación al paradigma housing y las preferencias de las personas acerca de los centros gerontológicos (Aranda M 2010, Herranz D, Sancho M et al 2011).
- Contrastadas evidencias en relación con el valor terapéutico de las actividades de la vida cotidiana y los avances en este campo de intervención.

El objetivo principal de las actuaciones puestas en marcha ha sido la consecución de ambientes hogareños, confortables, seguros y accesibles, que faciliten la vida cotidiana de

las personas residentes, integrando sus preferencias, costumbres y actividades significativas. Para la consecución de todo ello, se han incorporado modificaciones tanto en los entornos, como de carácter organizativo, así como en los contenidos y desarrollo de la vida cotidiana.

3.2.1. Modificaciones ambientales.

En relación con el entorno físico, se efectuaron adecuaciones en los espacios físicos, (habitaciones, salas, corredores, comedores) en su equipamiento y decoración. En primer lugar, se seleccionaron espacios físicos en las residencias -en las que se desarrolló el Proyecto- que por tamaño y distribución fueran susceptibles de adecuarse a las características de los entornos domésticos. Así, cada unidad de convivencia dispone de cocina-comedor, sala de estar, y terraza o jardín. Se acondicionaron corredores o grandes salas mediante muebles y elementos decorativos, de modo que resultasen acogedores y favoreciesen el desarrollo de actividades diversas: interacción social, de ocio o domésticas.

En cuanto a los exteriores, se incorporó mobiliario de terrazas y jardines, así como útiles para la práctica de actividades hortícolas o de jardinería. En todo momento se ha tenido en cuenta la perspectiva de continuidad con los entornos domiciliarios de procedencia de los residentes, favoreciéndose la incorporación de muebles, y otros objetos decorativos propios y significativos tanto en espacios públicos como privados.

En numerosas experiencias europeas, se observa la llamada "lucha contra la predominancia del blanco (Raabe 2009: 8), color que preside los entornos hospitalarios y que, a pesar de

su luminosidad carece de propiedades estimulantes para personas con reducción de su autonomía personal. Por ello el uso de los colores y su efecto en el bienestar y calidad de vida de estas personas, es objeto de estudios monográficos. (Brawley, 1997; Cohen y Weisman, 1991). Merecen especial atención los cambios efectuados en la decoración utilizando telas, muebles y combinaciones de colores que generen ambientes alegres, estimulantes y sobre todo, hogareños. (Regnier V. 2002, Zeisel J. 2006).

La iluminación de los espacios ha tenido un tratamiento prioritario, ya que en torno a este aspecto existe amplia evidencia científica sobre su impacto en el bienestar de las personas (Day, Carreon and Stump, 2000). Los países nórdicos, pioneros en este tipo de investigaciones, han dado especial importancia a ese aspecto, quizás derivada de su escasa luz natural en la mayor parte del año. Sin embargo, es difícilmente comprensible, cómo en un país mediterráneo como el nuestro, un gran número de centros residenciales son oscuros y no han aprovechado las posibilidades que ofrecen las ventanas amplias, y bajas que conectan con la vida de la calle a personas con escasas posibilidades de salir sin dificultad. La iluminación artificial, ha evitado las luces altas, frías y asociadas a lo institucional, utilizando luces indirectas, bajas, más focalizadas, que favorecen entornos más íntimos y hogareños (Ulrich, 2010).

Todos estos cambios ambientales se han realizado con la participación activa de los profesionales y las familias que han aportado ideas, y trabajo voluntario para cambiar estos entornos, siempre desde la máxima austeridad. Creemos que es relevante señalar que desde la experiencia realizada, existe consenso generalizado de que la introducción de cambios

ambientales aparece como un requisito indispensable, aunque nunca suficiente, para el desarrollo del modelo de atención centrado en la persona. El cambio de entorno, propicia un clima estimulante para todos y genera una actitud favorable a la introducción de otros cambios en la organización y la vida cotidiana del centro.

3.2.2. *Modificaciones organizativas.*

En lo que hace referencia a dimensiones organizativas, se desarrollaron intervenciones en relación con la formación, dedicación y organización del personal.

- Se identificaron profesionales de atención directa (auxiliares) voluntarias para trabajar en las Unidades. Todas ellas con experiencia previa en la atención a personas, motivadas hacia su trabajo y con interés en mejorar sus estrategias para proporcionar un cuidado acorde a las características y necesidades de cada residente. Asimismo, se procedió a incrementar el ratio de los auxiliares en 4 horas y media por día.
- Uno de los retos centrales para la aplicación de este modelo de atención, reside en la disminución/eliminación de la rotación del personal. Ha sido un asunto de gran complejidad, pero, a través de la modificación de calendarios, turnos, etc., se ha disminuido significativamente la rotación entre los diferentes espacios de los centros, procurándose la estabilidad del mismo en las unidades de convivencia, con el fin de proporcionar una relación cotidiana continuada y estable entre las personas que residen en la unidades y el personal.

- Asimismo, este proyecto ha identificado la acción formativa como otro de los pilares imprescindibles para avanzar en la introducción de cambios. Se ha proporcionado formación continua al personal sobre las características del modelo de atención centrado en la persona y el trabajo en equipo. En este mismo sentido, se han desarrollado sesiones formativas individualizadas utilizando material audiovisual propio (con visionado, por ejemplo, de grabaciones en vídeo reales de interacciones auxiliares-residentes) con el fin facilitar la adquisición de competencias que favorezcan la independencia y la autonomía de los residentes.

- Además de lo anteriormente señalado se han programado reuniones periódicas del Equipo Técnico (médico, enfermera, psicólogo, etc.) con los equipos de auxiliares, modificando la toma de decisiones en relación con los cuidados, que se adoptan en base a la información aportada por los auxiliares que actúan como “profesionales de referencia” de los residentes. Este nuevo rol profesional adquiere una relevancia importante en el desarrollo del modelo, por lo que se sintetizan a continuación sus potenciales competencias.

Tabla 1. Competencias y cometidos del profesional de referencia

<p>1. Comunicación con las personas y generación de una relación de confianza.</p> <ul style="list-style-type: none">• Reforzar vínculos emocionales y de confianza de la persona usuaria y de su familia.• Mostrarse cercano y disponible.• Servir de apoyo y referente de seguridad a la persona y familia en la incorporación y adaptación inicial al centro o servicio.• Saber dar apoyo y aliento en los momentos de mayor vulnerabilidad y sufrimiento.• Facilitar la comunicación con la persona y la familia.
--

2. Conocimiento de cada persona.

- Acercarse a la biografía y proyecto de vida de cada persona.
- Conocer las necesidades, lo que para la persona es importante y sus preferencias en relación a la atención.
- Identificar las competencias de la persona, dando valor y reconocimiento a sus capacidades mantenidas.
- Observar y descubrir en el día a día:
 - Lo que le agrada y le genera bienestar y lo que le produce malestar.
 - Sus opciones para tomar decisiones y tener control sobre su vida cotidiana (capacidades, oportunidades y apoyos que precisa).

3. Búsqueda de recursos que generen capacidad y bienestar.

- Saber reconocer los recursos que tiene la propia persona y facilitar que la persona los identifique.
- Encontrar y propiciar oportunidades de capacidad y bienestar (espacios, momentos, actividades...).
- Identificar recursos externos a la persona (en las familias y amigos, en la comunidad...).

4. Apoyo al plan de atención y vida.

- Participar en su diseño.
- Apoyar la participación e implicación de la persona usuaria en su propio plan.
- Apoyar y velar por su desarrollo.
- Observar y aconsejar en su seguimiento.
- Tener en cuenta las opiniones y recomendaciones de otros profesionales del equipo.

5. Coordinación, continuidad y coherencia de las intervenciones.

- Gestionar la información personal necesaria para su adecuada atención.
- Comunicarse y coordinarse con la familia y allegados.
- Comunicarse y coordinarse con el resto de equipo profesional.
- Saber “pedir ayuda” al resto del equipo, identificando situaciones que pueden ser objeto de una atención especializada persona y la familia.

Fuente: Martínez T. et al. 2014. Atención Centrada en la Persona. Cuadernos Prácticos. Gobierno Vasco.

- Por último, cada unidad de convivencia cuenta con un coordinador que desarrolla la evaluación continua del proceso de intervención, promoviendo la identificación de logros y de aspectos clave para mejorar.

Como síntesis de lo expuesto en cuanto a los cambios organizativos, creemos que es relevante destacar que la transición del modelo habitual al modelo de atención centrado en la persona conlleva la necesidad de incorporar asimismo cambios en el ambiente social, especialmente en el personal auxiliar para “desaprender prácticas profesionales” instauradas a lo largo del tiempo y sustituirlas por otras competencias dirigidas a la promoción de independencia. El desarrollo de este objetivo resulta clave en futuras experiencias, ya que si no se explicita, es probable que se inicien nuevas actividades, pero, con el paso del tiempo, se tenderá a actuar de la “manera en la que se ha hecho siempre”.

3.2.3. Modificaciones en la vida cotidiana de las personas usuarias.

La organización de las Unidades gira en torno al desarrollo de la vida cotidiana. Para ello se han identificado las preferencias y gustos de los residentes y se han incorporado actividades de la vida cotidiana con valor terapéutico, sentido y significado para los mismos.

- En primer lugar, y con el propósito de obtener información relativa a los valores, e intereses de los residentes, así como respecto hábitos, costumbres y gustos se desarrolló la historia de vida de cada residente. En caso de que la persona no dispusiera de recursos comunicativos suficientes, se solicita la colaboración de un allegado próximo a la persona. La información obtenida, junto con la relativa a capacidades y necesidades de los residentes ha permitido el desarrollo de intervenciones basadas en las actividades significativas de la vida diaria, de modo que los auxiliares fomentan, inician o mantienen la participación de los residentes (teniendo en cuenta sus capacidades funcionales y cognitivas) en actividades tales como poner lavadoras,

secar la ropa, poner y retirar la mesa, doblar y planchar prendas, etc.

- A partir de la relevancia que para la atención personalizada tiene el desarrollo de las

comidas en los centros residenciales se han incorporado medidas en relación con su organización y desarrollo.

Tabla 2. Intervenciones relativas a la comida en Etxean Ondo

<ul style="list-style-type: none">• Entorno Físico<ul style="list-style-type: none">- Comedores pequeños (15 personas aprox.).- Mesa, mantel, servilletas, no baberos, platos y vajilla normales.• Entorno Social<ul style="list-style-type: none">- Profesionales comen en la mesa, hablan de la comida, y planifican otras.- No visten uniformes.- Se tienen en cuenta las preferencias de los residentes en la elección de menús.• Actividades<ul style="list-style-type: none">- Los residentes participan, de acuerdo a sus capacidades, en la elaboración de comidas.- No se hacen otras actividades (visitas, otros profesionales, limpieza).- Los residentes ayudan a poner y recoger la mesa.
--

Dado que en las residencias en las que se desarrolla el Proyecto el modelo de atención predominante es el médico-asistencial, las intervenciones descritas se implantaron progresivamente, precedidas de una serie de acciones informativas y sensibilizadoras a todos los implicados (residentes, personal y familiares) en las que se aportaron detalles de las implicacio-

nes de los cambios previstos, así como los beneficios de los mismos.

La secuencia desarrollada para la implantación de las intervenciones se presenta en la Tabla 3.

Tabla 3. Secuencia de Actuaciones en la Implantación de “Etxean Ondo” Residencias

FASES	PERSONAL	RESIDENTES	FAMILIAS	AMBIENTES	ORGANIZACIÓN
1. Sensibilización	Presentación al centro. Información representantes de los trabajadores. Curso a los trabajadores. Identificación de voluntarios.	Reuniones informativas.	Reuniones informativas.		
2. Recogida de Información de Residentes, Cuidadores y Adecuación de Ambientes.		Desarrollo de historias de vida. Evaluación capacidades funcionales, cognitivas y calidad de vida.		Modificaciones ambientales en espacios comunes.	Diseño de calendarios y horarios de cuidadores.
3. Implantación y Consolidación de cambios.	Asignación de profesional de referencia. Formación para el fomento de la independencia/ autonomía. Desarrollo de actividades formativas específicas.	Participación en actividades de la vida cotidiana.	Participación en actividades de la unidad.	Personalización de ambientes comunes y privados.	Incorporación del modelo a la atención en el trato. Coordinación con Profesionales Especializados.

La integración progresiva de todas las actuaciones mencionadas ha dado como resultado el desarrollo de actividades de atención y cuidados, acordes a las preferencias de las personas que los reciben y, organizadas en un formato doméstico y hogareño. Se indican, a continuación una serie de pautas para su identificación y desarrollo (Sancho y Yanguas, 2014).

- Identificar necesidades no expresadas que, con frecuencia se ocultan para “no molestar y dar más trabajo”.
- Ofrecer la posibilidad de elegir. Si bien las rutinas son una especie de certificado de seguridad ante la vulnerabilidad, no debemos confundirlas con la monotonía y el aburrimiento que tantas veces observamos en personas que viven en su casa, en principio como

desean, pero con un mundo demasiado pobre en estímulos y oportunidades. El refugio no puede convertirse en cárcel.

- Mantener en la medida de lo posible, la realización de las actividades cotidianas que en definitiva, son las que garantizan la independencia de las personas, y promueven su dignidad y autonomía.
- Invitar a la persona a disfrutar de la calle, a salir y relacionarse, pasear, estar en contacto con la naturaleza.
- Promover la participación en actividades que aunque nuevas, pueden estimular o simplemente divertir a las personas, dotando de sentido a momentos del día que con frecuencia discurren sin motivación e interés.

- Cuando las personas tienen un importante deterioro cognitivo las dificultades de intervención y de identificación de actividades significativas, aumenta. Sin embargo por sus efectos, observamos su gran valor, especialmente en su calidad de vida, es conveniente buscar un acercamiento gradual a la actividad:

- Observando qué aspectos de la actividad le llaman especialmente la atención.
- Captando primero su atención visual y generando el contacto físico a continuación.
- Proponiendo acciones sencillas y parciales de la actividad.
- Proporcionando apoyos específicos.
- Reforzando y estimulando cada uno de los avances que se consigan.

- Cuidar los ambientes y entornos para convertirlos en realmente significativos.

La diversidad de estímulos procedente del entorno en cualquiera de sus vertientes es

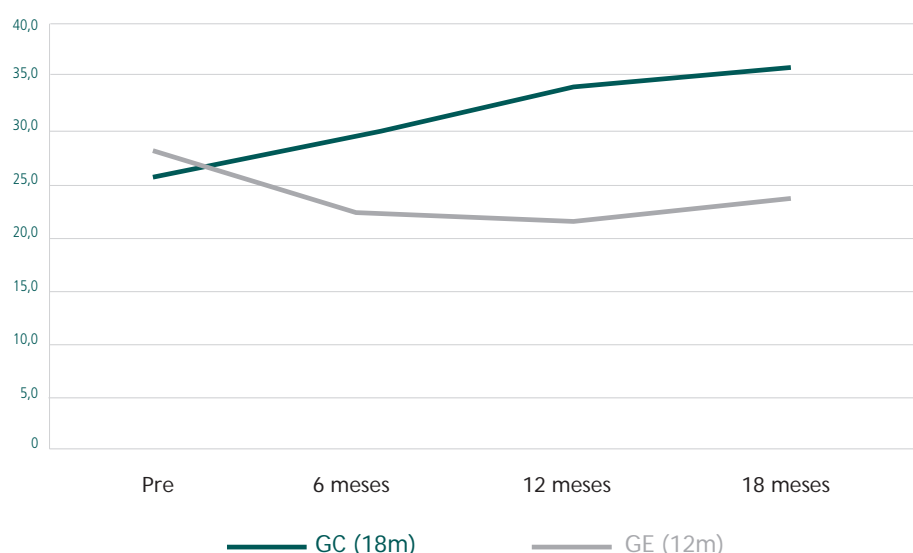
cada vez mayor. El ya paradigma de la “amigabilidad” y la integralidad de su concepción se extiende a todos los ámbitos que afectan a las personas que necesitan ayuda. Por ello es urgente afrontar un cambio en profundidad en el diseño de residencias y centros para personas en situación de dependencia, en los que todavía predominan concepciones hospitalarias, carentes de estímulos y decoración, en pos de una supuesta “seguridad y control del riesgo” no suficientemente demostrada.

4. RESULTADOS.

4.1. Residentes.

En las comparaciones efectuadas en las sucesivas evaluaciones se han constatado mejoras significativas en la calidad de vida de los residentes participantes en el nuevo modelo de atención, siendo las mejorías más evidentes en los sujetos con más deterioro cognitivo. (García Soler et al., 2014, Díaz Veiga, P. Sancho M. et al 2014).

Figura 1. Evolución de Puntuaciones de Calidad de Vida en los residentes con Deterioro Cognitivo Grave



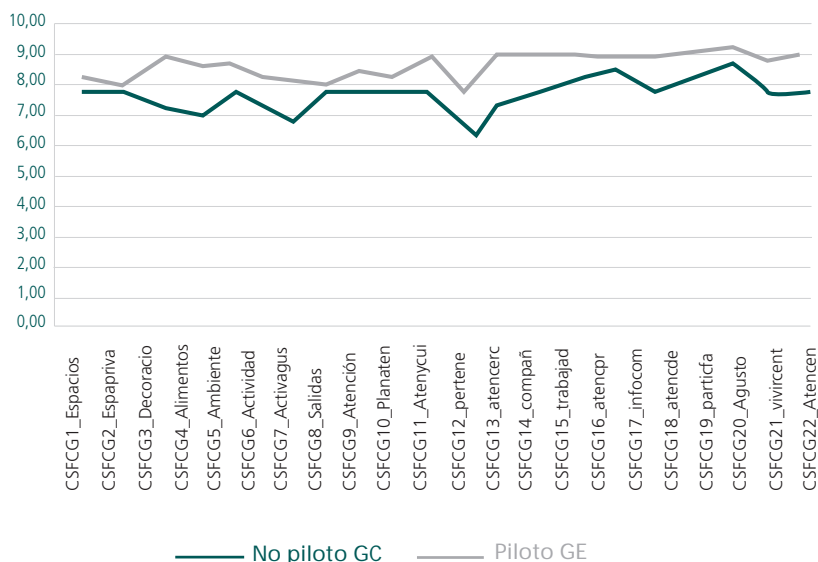
Nota. La puntuación de la escala utilizada (Qualid) es mayor cuanto menor es la calidad de vida.

Por parte de las cuidadoras y equipo técnicos de los centros observan una mejora en la percepción del funcionamiento de las personas residentes tanto cognitiva, funcionalmente, como en calidad de vida. Además se ha constatado, por parte de jueces externos, un mejor funcionamiento de los residentes, nivel de actividad e interacciones entre ellos, etc. en las unidades experimentales respecto a otras unidades con el modelo de atención tradicional (Fdez. Ballesteros et al.; 2014).

4.2. Familiares.

Se ha observado la incorporación progresiva de algunos de los familiares a las actividades cotidianas desarrolladas en las Unidades experimentales. Asimismo, se registra una satisfacción superior en los resultados de los cuestionarios de satisfacción aplicados a los familiares. Ver Figura 2.

Figura 2. Puntuaciones medias en el grupo control (verde) y en el experimental (gris) por pregunta del cuestionario de satisfacción



4.3. Profesionales.

La evaluación externa refleja un mejor funcionamiento del personal (interacciones con los residentes; grado de disponibilidad y de actividad) en las unidades de convivencia experimentales respecto a las que desarrollan el modelo de atención tradicional. Además, se ha establecido que este cambio parece influir en el mejor funcionamiento de los residentes, mencionado anteriormente. (Fdez. Ballesteros, et al., 2014).

Las auxiliares participantes no presentaban indicadores de burn-out al inicio de la experiencia. Esta situación se mantiene en la evaluación final, una vez han participado en el proceso de transformación de sus prácticas profesionales. Expresan que se encuentran, en términos generales, satisfechos con su trabajo y aprecian una mayor satisfacción de las familias.

Los profesionales participantes manifiestan una valoración muy positiva de las consecuencias

tanto para los residentes como para ellos, de la puesta en marcha de los nuevos modelos de atención. Consideran, no obstante, que el paso de una atención centrada en la tarea a otra centrada en la persona conlleva cambios sustanciales en la organización y desarrollo de las prácticas profesionales; de modo que cobran especial importancia cuestiones como el reconocimiento, la personalización o la autonomía de las personas y equipos participantes. En otras palabras los principios en los que se basa la atención directa a los residentes han de configurar las relaciones entre los profesionales participantes; de tal manera que el modelo centrado en la persona constituye en realidad un “modelo centrado en las personas”. (Prieto, 2014).

En resumen, los resultados identificados hasta el momento muestran que las modificaciones desarrolladas en el Proyecto Etxean Ondo contribuyen a mejorar la calidad de vida y el funcionamiento de los residentes, especialmente la de las personas con más deterioro, respecto a la atención dispensada en el modelo tradicional que se presta en residencias. Además, las intervenciones desarrolladas han sido valoradas como satisfactorias por todos los implicados (residentes, familiares y personal), y no han supuesto un incremento en el grado de burnout de los profesionales de atención directa, registrándose, por otro lado, un mejor funcionamiento de éstos en relación con los residentes, respecto a unidades con el modelo tradicional. En último lugar, las intervenciones suponen cambios relevantes en la forma de entender las prácticas de profesionales de atención directa y de los equipos técnicos, de modo que los principios rectores de la atención a los residentes: autonomía, personalización, o reconocimiento han de orientar también las

prácticas y relaciones entre profesionales.

Algunos de los resultados de estas intervenciones se pueden ver en los pequeños documentos audiovisuales que se referencian a continuación.

Esta también es mi casa: <https://www.youtube.com/watch?v=Pb0NpugAP2s>.

La comida como en casa: <https://www.youtube.com/watch?v=aAKYHNYFIdE&noredirect=1>.

5. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS.

El análisis de las percepciones, opiniones y deseos acerca de los servicios dirigidos a personas mayores en el País Vasco, revela que la ciudadanía, especialmente las personas que envejecen reclaman dispositivos de atención que se ajusten a sus deseos, preferencias y estilo de vida. La experiencia acumulada en Etxean Ondo constituye, en este sentido, una iniciativa valiosa para identificar las claves para la transformación de los servicios residenciales tradicionales a otros en los que se ofrezcan oportunidades para la continuidad de la trayectoria vital de las personas que necesitan apoyos.

Se ha desarrollado un amplio y complejo plan de intervenciones con el fin de favorecer la incorporación de los elementos claves de un modelo de atención centrado en la persona a partir de un modelo de atención basado en una perspectiva médico-asistencial y con un notable grado de profesionalización.

El plan de intervenciones desarrollado se ha basado en las características de los distintos

centros en los que éste se ha ido desarrollando. En otras palabras, las intervenciones se han ido implantado desde una perspectiva participativa por parte de los distintos responsables: Equipos de Gestión, Técnicos y de Investigación. Este enfoque ha favorecido la progresiva incorporación de profesionales en su implicación y la implantación de cambios en sintonía con el ritmo, las necesidades y posibilidades de cada una de las residencias participantes en el Proyecto. Por otro lado; la incorporación de cambios ha estado precedida por acciones informativas iniciales dirigidas a los potenciales implicados y por un acompañamiento continuado a lo largo del proceso de intervención.

Estas actuaciones han resultado primordiales con el fin de gestionar resistencias al cambio; cambiar prácticas profesionales instauradas por otras nuevas, etc. y transitar, por tanto, de un modelo de atención a otro.

Todo ello ha puesto de manifiesto que en el proceso de implantación de Modelos de Atención centrados en las Personas se ha de considerar la puesta en marcha de acciones sucesivas que proporcionen información a los destinatarios, les ofrezcan oportunidades de reflexionar sobre las oportunidades del cambio, y posibilidades para aprender y desarrollar nuevas prácticas profesionales. Además, el mantenimiento y consolidación de las transformaciones desarrolladas requieren la incorporación de cambios en la gestión y procedimientos organizativos de las instituciones en las que éstos se desarrollan.

El desarrollo de Etxean Ondo en el marco de un diseño de investigación ha supuesto, por otro lado, algunos aprendizajes para futuras iniciativas similares. En primer lugar, se ha cons-

tatado la complejidad metodológica que conlleva el desarrollo de estudios de investigación en contextos asistenciales (selección y tamaño suficiente de la muestra, identificación de instrumentos sensibles a las intervenciones y a los recursos de los entornos de investigación, etc.); así como la necesidad de marcos conceptuales que orienten el análisis de las relaciones entre los distintos componentes del Modelo de Atención.

En resumen, la transición de modelos de atención tradicionales a otros que las personas prefieren, es un proceso que ya no admite demora en nuestro contexto.

La experiencia acumulada en Etxean Ondo constituye, desde esta perspectiva, una aportación de interés para conocer las claves que permitan desarrollar el cambio, reajustando ambientes, organizaciones y prácticas profesionales de una perspectiva a otra. Asimismo, desde la perspectiva investigadora se han identificado cuestiones de interés que han de ser analizadas en iniciativas posteriores.

En definitiva, afrontar un cambio en el modelo de atención a las personas que necesitan apoyo, que mejore su calidad de vida, dimensión esencial cuando la autonomía empieza a desaparecer, supone la asunción de riesgos, un cambio en profundidad de actitudes y conductas hacia las personas y la introducción de innovaciones complejas. En palabras de Karen C. Schoenemann, líder del Cambio cultural en EEUU,... ¿y por qué no?

6. BIBLIOGRAFIA.

ARANDA M, SANCHO M Y YANGUAS J (2009): El fenómeno del housing. Estudio cualitativo sin publicar. Matía Instituto Gerontológico.

BRAWLEY, E. C. Designing for Alzheimer's disease. Strategies for creating better care environments. New York: Wiley. 1997.

DAY, K.; CARREON D.; STUMP, CH. "The Therapeutic Design of Environments for People With Dementia: A Review of the Empirical Research". The Gerontologist 2009. Vol. 40, No. 4, 397-416.

DÍAZ VEIGA P, SANCHO M. (2011) Unidades de convivencia. Alojamientos de personas mayores para vivir "como en casa". Informes portal mayores nº 132. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/diaz-unidades-01.pdf>.

DÍAZ VEIGA P, SANCHO M, GARCIA A, RIVAS E, ABAD E, SUAREZ N, MONDRAGON G, BUIZA C, ORBEGOZO A Y YANGUAS J(2014). Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo residentes en Centros Gerontológicos. Rev Esp Geriatr Gerontol. [en revisión].

COHEN, U., & WEISMAN, G. D. (1991). Holding on to home: Designing environments for people with dementia. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; BUSTILLOS; A.; SANTACREU M. ; SCHETTINI, DÍAZ-VEIGA, P.; SANCHO, M.: "Caregivers' stereotypes effects on older adults functioning". Paper submitted for the ICAP 2014.

GARCÍA SOLER, A. et al. "Efectos de la implantación diferencial de un programa de atención centrado en la persona sobre la calidad de vida de usuarios de residencias en el proyecto Etxean Ondo". Poster presentado 56 Congreso SEGG. Barcelona, 2014.

INFORME GAUR, La situación del anciano en España: Madrid, CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE CAJAS DE AHORROS, 1975.

LEICHSENRING. K., BILLINGSJ. Long-Term Care in Europe. Improving Policy and Practice. Palgrave Macmillan. 2013.

HERRANZ D, SANCHO. M. YANGUAS, J.PRIETO D, Envejecimiento, Vivienda y Entorno. Informe de Investigación Cualitativa. Fundación INGEMA Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, 2011.

MARTÍNEZ, T. La atención gerontológica centrada en la persona. Álava: Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales. Gobierno del País Vasco, 2011.

MARTÍNEZ, T.; DÍAZ-VEIGA P, SANCHO M, RODRÍGUEZ P. Modelo de Atención Centrada en la Personas. Cuadernos Prácticos. Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, 2014.

PIONER NETWORK. <http://www.pioneernet-work.net>.

PRIETO, D. La experiencia de los profesionales en el Modelo de Atención Centrada en la Persona. San Sebastian. Instituto Gerontológico Matía, 2014. En prensa.

RAABE H., Innenarchitektur für mehr Lebensqualität, en: Pro Alter, 3/09, 6-9.

REGNIER.V (2002). Design for Assisted Living: Guidelines for housing the Physically and mentally frail. New York: Wiley.

ROWLES, G.; BERNARD, G. (eds.). Environmental Gerontology. Making Meaningful Places in Old Age. Springer. New York, 2013.

RODRÍGUEZ P. "Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir". Actas de la Dependencia, 2011, 3.

SANCHO M, DEL BARRIO E, YANGUAS J. Estudio sobre las condiciones de vida de las personas mayores de 60 años en la C.A del País Vasco. Vitoria: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. 2011.

SANCHO Y YANGUAS, 2014. Evidencias sobre el bienestar cuando se realizan actividades plenas de sentido para las personas. La influencia de los entornos significativos. En "El Modelo de Atención Integral y Centrada en la persona. Teoría y práctica. Cord: Rodríguez P. , Vilá A. Ed.Tecnos. 2014. En prensa.

SHIER V, KHODYAKOV D, COHEN L, ZIMMERMAN S, SALIBA D." Whay does the evidence really say about culture change in nursing homes? ". The Gerontologist, 2014 (54) S1, 6-16.

ULRICH, R. A conceptual framework for the domain of evidence-based design. Health Environments Research & Design Journal, 4 (1) s. 95-114. 2010.

VERBEEK H , VAN ROSSUM E, ZWAKHALEN S MG, AMBERGEN T, KEMPEN G ,HAMERS, JPH. "The effects of small-scale, homelike facilities for older people with dementia on residents, family caregivers and staff: design of a longitudinal, quasi-experimental study". BMC Geriatr. 2009; 9:3.

YANGUAS LEZAUN, J. et al. Basque Study on Ageing. (BASA) Informe no publicado. Proyecto SAIOTEK. Vitoria. 2010.

YANGUAS J, Diseño Ambiental de los Entornos cotidianos. Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, (Presentación en Simposio) 2011. (Documento no publicado).

YANGUAS, LETURIA, LETURIA Y URIARTE, Intervención psicosocial en gerontología: manual práctico. Caritas. Madrid. 1998.

ZEISEL, J. Inquiry by Design, New York: W.W. Norton and Company. 2006.

