

# **UNIVERSIDAD DE OVIEDO**

Facultad de Comercio, Turismo y Ciencias Sociales Jovellanos

## **TRABAJO FIN DE GRADO GRADO EN TRABAJO SOCIAL**

**MODELO CENTRADO EN LA PERSONA EN CENTROS  
RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES**

**AUTORA: Sara Pérez Pérez**

Gijón, 20 de junio de 2019



## **RESUMEN**

La vejez es una etapa más de nuestro ciclo vital que tiene sus propias características, unas más agradables que otras. Una de ellas es la aparición de situaciones de dependencia, que hacen que las personas podamos tener que disponer de un tercero para realizar actividades cotidianas. El contexto actual en el que vivimos, con cambios en todos los agentes de la sociedad, hace que cada vez sean más las personas que acuden a vivir a centros residenciales. Debido a este incremento de demandas, los recursos de atención a personas mayores deben buscar nuevas fórmulas para prestar unos servicios orientados a la calidad y al bienestar de los residentes.

Es por ello por lo que, a partir de mi experiencia de prácticas en un Centro Polivalente de Recursos del Principado de Asturias ubicado en Oviedo decidí, con la búsqueda de información específica, elaborar el presente trabajo, complementado con los conocimientos adquiridos a lo largo de mi etapa universitaria, y hacer una propuesta de intervención desde los centros residenciales de Asturias basada en el *Modelo Centrado en la Persona*.

## **ABSTRACT**

Old age is another stage in our life cycle that has its own characteristics, some more pleasant than others. One of them is the emergence of dependency situations, which might lead people to receive help with daily activities. The current context in which we live, with changes in all the agents of society, results in more and more people living in nursing homes. Due to this increase of requests, care resources for the elderly should seek new formulas to provide services oriented to improve the quality and well-being of residents.

That is why, based on my internship experience in a Multipurpose Resource Center of the Principality of Asturias located in Oviedo, I have decided with the search for specific information to prepare this paper, complemented with my acquired knowledge throughout my university stage, and design an intervention proposal from the nursing homes of Asturias based on the Person Centered Model.



## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. CONTEXTUALIZACIÓN.....	8
3. MARCO NORMATIVO.....	11
4. TRABAJO SOCIAL EN ENTORNOS RESIDENCIALES.....	14
5. EL MODELO CENTRADO EN LA PERSONA.....	16
5.1. Agentes.....	19
5.2. Ambiente residencial.....	26
5.3. Sexualidad y relaciones afectivas.....	29
6. CONCLUSIONES.....	35
7. BIBLIOGRAFÍA.....	38
8. ANEXOS.....	41



# 1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surge de la necesidad de reorientar la forma de intervenir en los centros residenciales del Principado de Asturias. Se propone un modelo que se centra principalmente en la persona residente, implicando también, a sus familiares y a los profesionales que intervienen con ella en el día a día. La idea es desprenderse de modelos sanitarios que priman la intervención basada en la enfermedad antes que en las personas.

El incremento de la esperanza de vida en la sociedad asturiana como consecuencia del incremento de la calidad de vida y el desarrollo sanitario y de servicios sociales se traduce en un aumento de personas mayores, que genera a su vez un incremento de situaciones de dependencia y de los problemas que de ella se derivan.

Siendo consciente de que cada vez son más las personas que demandan ser atendidas en un centro residencial, planteo la aplicación del *Modelo Centrado en la Persona* en este tipo de recursos, que es el más significativo en la atención a las personas mayores.

Se trata de un modelo que, partiendo de una perspectiva biopsicosocial, aborda de manera integral las diferentes problemáticas y demandas que presenta la persona residente, sin olvidar el importante papel que las familias y los profesionales, integrados en un equipo interdisciplinar, cumplen.

La intervención de los profesionales puede ser más completa porque este modelo les aporta las metodologías y estrategias necesarias para llevar a cabo una atención personalizada y de calidad. El objetivo de este trabajo no es restar importancia a los conocimientos y aptitudes de los profesionales, sino mostrar nuevas formas de actuar en beneficio propio y de las personas residentes.

La intervención con las personas mayores es un proceso dinámico que requiere de una continua adaptación de los profesionales a las nuevas necesidades, por ello cada profesional tiene la libertad de decidir qué tipo de intervención seguir, según su criterio y experiencia laboral, no obstante, este modelo propone pautas de actuación compartida.

Dentro de este orden de ideas, el presente trabajo comienza definiendo lo que es el envejecimiento, para seguir dando datos sociodemográficos de la población asturiana, así como datos sobre los recursos para las personas mayores de Asturias, y finalizando con una breve introducción al Modelo Centrado en la Persona.

En el segundo apartado se recogen las diferentes normativas relacionadas con el envejecimiento, destacando el articulado de mayor relevancia en ellas.

El tercer apartado define las funciones que las trabajadoras sociales realizan en los centros residenciales, acentuando la especial importancia que tiene su inclusión en un equipo interdisciplinar.

El cuarto y último apartado trata sobre el Modelo Centrado en la Persona. Comienza haciendo un breve recorrido sobre los servicios gerontológicos en España y explicando las bases del modelo. A continuación, sigue con tres subapartados en los que se habla, primero, sobre los tres agentes que tiene el modelo, que son: la persona residente, las familias y los profesionales; continúa con una descripción de los entornos residenciales y finaliza tratando las relaciones afectivo-sexuales de los residentes, tema generalmente considerado tabú y muy poco tenido en cuenta en los centros residenciales.

Añadir también que la idea de elaborar el presente trabajo es a partir de haber realizado mis Prácticas Profesionales en el Centro Polivalente de Recursos “El Cristo” en Oviedo, donde el trabajador social y la dirección del centro, en coordinación con los demás profesionales, procuraban implantar procedimientos de intervención que se apoyaban en este modelo.

## 2. CONTEXTUALIZACIÓN

Entendemos el **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” (Filardo, 2011, pg. 206).

El último informe del Observatorio Asturiano de Servicios Sociales sobre el Perfil de las Personas Mayores en Asturias (2017) recoge que, en 2016, Asturias y Castilla y León son las dos Comunidades Autónomas (CC.AA.) que más porcentaje de personas mayores de 65 años (24,4%) tienen con respecto al total de población (18,6%). Los motivos por los que estos porcentajes son más altos que el resto pueden ser varios:

Por un lado, el continuo y “casi” obligado éxodo de los más jóvenes hacia otras CC.AA. u otros países que les ofrecen mejores oportunidades laborales; y, por otro, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de natalidad.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2007, la esperanza de vida para las mujeres era de 84,14 años y para los hombres era de 77,78 años, mientras que en 2017 se experimenta un aumento en los años, siendo para las mujeres la esperanza de vida de 85,73 años y para los hombres 80,37 años.



Que el progresivo envejecimiento de la población es uno de los mayores retos para la sociedad actual es tan cierto como afirmar que es el resultado de factores económicos y sociales, así como de los avances en medicina y en materia de política social. Además de ser inevitable cuando la esperanza de vida aumenta y que cada vez se tienen menos hijos.

El Informe del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) sobre las Personas Mayores en España (2014) afirma que, por un lado, se están produciendo profundos cambios en la estructura de la familia, pues desde la llegada de la crisis económica, la tasa de fecundidad ha disminuido y cada vez se retrasa más la llegada del primer hijo; y, por otro que los conceptos de envejecimiento y dependencia están muy ligados, pues a medida que la edad aumenta, nuestras capacidades físicas, psíquicas y sensoriales van mermando, y necesitamos de apoyos o ayudas de terceras personas.

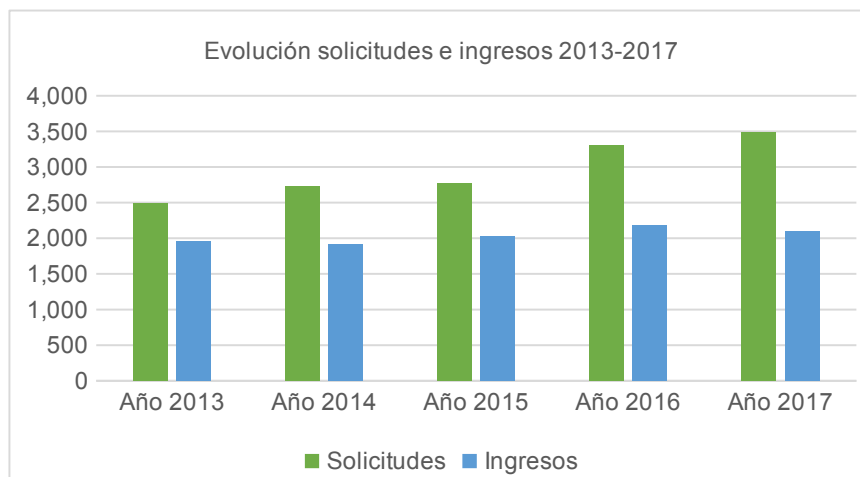
Según dicho Informe, la dependencia en las personas mayores siempre ha existido, pero el elemento que ha dado una nueva dimensión al problema ha sido el proceso de envejecimiento de la población, pues el aumento del volumen y del peso relativo de personas mayores, unido a cambios en las formas de organización de la familia y en el papel social de las personas cuidadoras, han situado a la dependencia en el punto de mira de las políticas sociales.

Es por ello por lo que han aumentado el número de actuaciones de las Administraciones Públicas con respecto al colectivo de las personas mayores, creando así un amplio abanico de servicios especializados destinados a mantener o mejorar la calidad de vida de dichas personas.

Al estar las competencias en Servicios Sociales transferidas a las CC.AA., cada una tiene su propia cartera de servicios para las personas mayores. Desde la Consejería de Servicios y Derechos Sociales del Principado, en materia de personas mayores hay una amplia oferta de recursos: centros sociales, servicio de ayuda a domicilio y teleasistencia, programa "Rompiendo Distancias", centros rurales de apoyo diurno, ayudas económicas y, por último, los recursos del Organismo Autónomo Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias (ERA), que son: residencias, centros de día, apartamentos residenciales, y Centros Polivalentes de Recursos (recurso de carácter mixto que incluye residencia y centro de día).

La memoria de actividades del ERA de 2017 nos muestra cómo desde el año 2013 ha habido un aumento en el número de solicitudes de plazas y de ingresos. En el año 2013 hubo 2.487 solicitudes, y en 2017 hubo casi 997 solicitudes más, es decir, 3.484. En cuanto a los ingresos, en el año 2013 hubo 1.958 ingresos y en 2017, hubo 2.098, cifra inferior al año 2016, en el que hubo 2.182 ingresos.

Como podemos ver en el siguiente gráfico, la evolución en ambos casos es creciente, haciéndose más notable la del número de solicitudes, a pesar de que en 2017 el ERA creó 202 plazas residenciales y amplió 18 plazas de centro de día, siendo en total 6.041 plazas (3.869 públicas y 2.172 concertadas).



Fuente: Memoria de Actividades del ERA (2017).

Este aumento en el número de solicitudes de plaza es el resultado de los cambios que se han producido en la familia, pues antes eran los propios miembros -sobre todo, las mujeres- los que se ocupaban de los cuidados de la persona mayor y/o dependiente, pero con la incorporación de la mujer al trabajo y los cambios en la estructura familiar, esta tarea se hace más difícil, por lo que no es extraña una demanda por parte de la población para que se presten, cada vez más, unos servicios públicos de calidad para atender a nuestros mayores en contextos residenciales.

El progresivo envejecimiento de la población junto al incremento en el número de demandas de plazas en dichos centros obliga a mejorar la calidad de la atención en los recursos para personas mayores. Por este motivo planteo implementar el **Modelo Centrado en la Persona (MCP)**. Un modelo que supere al modelo sanitario y centrado en el servicio, por uno que sitúa en el centro de toda la intervención a la persona, sus necesidades y deseos, respetando sus decisiones y promoviendo su autonomía e inclusión social.

### 3. MARCO NORMATIVO

Cuando intervenimos con personas mayores en entornos residenciales, es muy importante conocer la legislación vigente en la materia:

A nivel nacional nos encontramos, por un lado, con la **Constitución Española de 1978**, que reconoce, en el artículo 50, que “los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.

Por otro lado, la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia**, que contempla como servicios de promoción de la autonomía personal y de atención y cuidado el **Servicio de Centro de Día y de Noche** (artículo 24):

“1. El servicio de Centro de Día o de Noche ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

2. La tipología de centros incluirá Centros de Día para menores de 65 años, Centros de Día para mayores, Centros de Día de atención especializada por la especificidad de los cuidados que ofrecen y Centros de Noche, que se adecuarán a las peculiaridades y edades de las personas en situación de dependencia.”

Y el **Servicio de Atención Residencial** (artículo 25):

“1. El servicio de atención residencial ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados de carácter personal y sanitario.

2. Este servicio se prestará en los centros residenciales habilitados al efecto según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona.

3. La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales.

4. El servicio de atención residencial será prestado por las Administraciones Públicas en centros propios y concertados.”

Pasando ya a nivel autonómico, la **Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales del Principado de Asturias** establece, en el artículo 27 que “Las prestaciones en materia de apoyo a las personas dependientes consistirán en el conjunto de actuaciones, recursos y medidas que tengan por fin dar una respuesta adecuada a sus necesidades y los correspondientes apoyos a sus familias cuidadoras.”

A su vez la **Ley 7/1991, de 5 de abril, de Asistencia y Protección al Anciano**, en su artículo 2 define los establecimientos residenciales para ancianos como “aquellos Centros destinados a servir de residencia permanente o habitual a esta población. Reglamentariamente se determinarán las categorías y régimen específico de los establecimientos residenciales para ancianos, de acuerdo con las características de los Centros, el grado de validez o invalidez de sus usuarios y las circunstancias sociales de las personas a cuya atención se destinan.”

Asimismo, en el artículo 3 de la citada ley se establece, que podrán obtener plaza residencial en los establecimientos dependientes del Principado, las siguientes personas:

- a) “Las personas mayores de sesenta y cinco años.
- b) Los pensionistas mayores de sesenta años.
- c) Los pensionistas mayores de cincuenta años con incapacidad física o psíquica cuyas circunstancias personales, familiares o sociales aconsejen el ingreso en un establecimiento residencial.”

El Título III de dicha Ley recoge los derechos y deberes de las personas residentes en los establecimientos residenciales estableciendo en su artículo 15.2 que “los residentes tendrán derecho a:

- a) Alojamiento y, en su caso, manutención.
- b) Utilización de los servicios comunes en las condiciones que se establezcan en las normas de funcionamiento interno de cada uno de los establecimientos residenciales, de acuerdo con las características de los mismos.
- c) Participar en las actividades de los establecimientos residenciales y colaborar en el desarrollo de las mismas.
- d) Elevar por escrito a los órganos de participación del establecimiento o a la dirección del mismo, propuestas relativas a la mejora de los servicios.
- e) Participar en la gestión del establecimiento de titularidad pública a través de los órganos de representación y participación.
- f) A ser respetados en sus convicciones políticas, morales y religiosas.”

Y en el artículo 16, referido a los deberes de los residentes:

- a) El respeto a las convicciones políticas, morales y religiosas de cuantas personas se relacionen con ellos.
- b) El conocimiento y cumplimiento de las normas que rijan el establecimiento.
- c) Respetar el buen uso de las instalaciones del Centro y colaborar en su mantenimiento.
- d) Poner en conocimiento de los órganos de representación o de la dirección del establecimiento las anomalías o irregularidades que observen en el mismo.
- e) Guardar las normas de higiene y aseo, tanto en su persona como en las dependencias del establecimiento.”

En cuanto a normativa específica del Organismo Autónomo ERA, el **Decreto 10/1998, de 19 de febrero, por el que se regula el acceso y estancia en los establecimientos residenciales para ancianos**, a diferencia de la Ley de Asistencia y Protección al Anciano, da una definición más completa sobre los establecimientos residenciales para ancianos en el artículo 4: “Tienen la consideración de establecimientos residenciales para ancianos el conjunto de inmuebles y servicios que constituyendo el soporte social y convivencial de los residentes, están destinados a servir de alojamiento con carácter permanente o temporal a personas mayores, y a prestar diferentes atenciones y cuidados en función de las características propias de cada establecimiento y de la clasificación contenida en el artículo siguiente”, que sigue (artículo 5) “a los efectos del presente Decreto, los establecimientos residenciales para ancianos se clasifican en:

- a) Residencias.
- b) Apartamentos residenciales.
- c) Viviendas y pisos tutelados.”

Por último, el **Decreto 17/1999, de 25 de marzo, por el que se aprueba el Estatuto Básico de los establecimientos residenciales para ancianos**, establece, en su artículo 1 los principios básicos de funcionamiento:

“Los establecimientos residenciales para ancianos a los que se refiere el presente Decreto garantizarán el pleno respeto a los derechos fundamentales de la persona, y asimismo acomodarán su funcionamiento a los siguientes principios:

- a) Integración del residente en el centro y en el entorno social en el que se encuentra.
- b) Normalización en el régimen y estilo de vida.
- c) Atención a las necesidades básicas del residente que garantice el máximo de autonomía personal.
- d) Promoción de la participación y representación de los residentes.

- e) Respeto a la individualidad, intimidad y trato personalizado.
- f) Implicación de los residentes en la prestación de los servicios.”

#### **4. TRABAJO SOCIAL EN ENTORNOS RESIDENCIALES**

La trabajadora social debe ser una persona comprometida y crítica con la realidad social con la que trabaja, siendo capaz de poner en práctica sus conocimientos y habilidades sociales para desarrollar estrategias que permitan abordar de manera integral las diferentes necesidades y problemáticas que presentan las personas que acuden solicitando ayuda, movilizandolos recursos y dando soluciones adecuadas a la persona.

Martín *et al.* (2003)<sup>1</sup>, señalan que “el objetivo de la intervención gerontológica es conocer y transformar la realidad del mayor, contribuyendo con otros profesionales a lograr el bienestar colectivo, entendido como un sistema global de acciones que, respondiendo al conjunto de aspiraciones sociales, eleva el desarrollo del bienestar humano en los procesos de cambio social tanto individuales como familiares y/o comunitarios.”

De entre las diferentes herramientas que la trabajadora social utiliza en una residencia caben destacar el informe social y la historia social.

Entre los protocolos a utilizar por dicha profesional, el Organismo Autónomo ERA, ha establecido los siguientes (ver anexos):

- Preingreso.
- Historia Social.
- Ingreso y acogida.
- Recomendaciones: ropa de residentes al ingreso.
- Colaboración familia-centro.
- Actuación ante conflictos.
- Inventario con o sin familiares.

También interviene en otros protocolos como: actuación para la tutela de adultos; sugerencias, quejas y reclamaciones, confidencialidad de la información, autorización para la utilización de la imagen personal; protocolos de traslados (hospital para intervención

---

<sup>1</sup> Aparece en: FILARDO LLAMAS, C. (2011): “Trabajo Social para la Tercera Edad”. *Documentos de Trabajo Social*, 49, 213.

programada, servicio de urgencias, consulta ambulatoria, especialista y/o exploración) y hoja de incidencias diarias de auxiliares de enfermería.

Algunas de las funciones más importantes que realiza la trabajadora social en un centro residencial de personas mayores son, según Ventura (2015):

- Coordinar la comisión de acogida (ingreso e integración), siendo el profesional de referencia para la persona residente y la familia.
- Realizar informes e historias sociales, datos personales familiares y actualizarlos.
- Informar, asesorar, tramitar, acompañar y gestionar todas aquellas gestiones necesarias para garantizar los derechos de la persona residente.
- Fomentar las capacidades funcionales y cognitivas de la persona residente.
- Promover las relaciones con la familia y comunidad.
- Fomentar la integración y participación.
- Definir con el equipo interdisciplinar las normas ético-profesionales necesarias para salvaguardar la confidencialidad, intimidad e individualidad de la persona residente.
- Coordinarse con otras entidades.
- Coordinar y participar en la Programación Anual de actividades.
- Seguimiento de las personas residentes ingresadas en centros hospitalarios.
- Acompañar en el proceso de duelo.
- Realizar las tareas necesarias para el buen funcionamiento del centro.
- Revisar los diferentes partes de incidencias acontecidas en la tarde-noche anterior, coordinando, si es necesario con el/la profesional correspondiente, las medidas a realizar (gestiones familiares, con la persona residente, poner en funcionamiento algún protocolo de actuación, etc.).
- Modificar en la base de datos los cambios significativos que se hayan podido producir, no sólo en la organización del centro con respecto a la persona residente, sino también a ella misma.
- Atender a todas aquellas personas que acudan al centro y que tengan que ver con el mismo: personas residentes, familiares, profesionales y/o nuevas personas pendientes de ingreso.
- Coordinar la reunión interdisciplinar con los profesionales y con la propia persona si se revisa su plan personalizado de atención.
- Articular una reunión extraordinaria con el equipo, con una parte de él, con la persona residente o con la junta de residentes, por hechos puntuales que puedan afectar a la organización del centro en relación a los derechos y a la calidad de vida y atención de las personas que viven en el centro.

- Coordinar y gestionar el ingreso de nuevas personas si es el caso, registrando su entrada en el centro, tanto telemáticamente como en los registros propios del Trabajo Social.
- Comunicar a los diferentes departamentos en los futuros ingresos, informando selectivamente a cada uno de ellos en los aspectos relevantes que van a intervenir en su relación con la nueva persona y que deben favorecer su integración y su calidad de vida en su nueva casa. Favoreciendo de esta manera la coordinación entre los servicios.

Es, además, de suma importancia que haya un buen clima de trabajo y que se trabaje en equipo, de manera coordinada y compartiendo la misma metodología para lograr la atención integral de la persona residente.

Para ello, es imprescindible que se realicen reuniones periódicas con el equipo interdisciplinar (trabajadora social, equipo de enfermería y auxiliares de enfermería, psicólogo, dirección, animación sociocultural, etc.) para tratar los diferentes temas referidos al buen funcionamiento del centro residencial.

## **5. EL MODELO CENTRADO EN LA PERSONA**

El modelo de atención de los servicios gerontológicos en España ha ido experimentando cambios con el objetivo de buscar una personalización en la atención de las personas mayores atendidas en centros residenciales.

En los años 70 y anteriores, la atención se centraba en la enfermedad y en cubrir las necesidades básicas de las personas mayores como son alojamiento, alimentación e higiene. Dada la influencia de la iglesia católica, la función de los profesionales era prestar asistencia y protección bajo los preceptos de beneficencia y caridad.

En los 80 y 90, la atención pasa a ser más integral, aunque se sigue dando prioridad a la enfermedad antes que a la propia persona. Se producen cambios en las infraestructuras de los centros residenciales, pues se avanza desde un modelo asilar a uno hotelero y hospitalario, comenzándose a construir macro residencias.

Es a partir de los 90 cuando se inicia la profesionalización de los servicios gerontológicos al introducir la atención psicosocial prestada por profesionales de diferentes disciplinas como la psicología, el trabajo social y la terapia ocupacional; aunque las personas son clasificadas en función de las enfermedades que padecen (válidos/asistidos), dejando de lado su historia de vida, preferencias y deseos.



Para Martínez (2015), la búsqueda de la calidad se ha orientado hacia la mejora de la gestión y de las instalaciones, así como hacia la profesionalización de los recursos humanos. Esta profesionalización progresiva de los servicios gerontológicos se ha producido desde una perspectiva muy asistencial, donde el criterio profesional predomina por encima de las decisiones de las personas mayores.

A pesar de ello, los centros residenciales van introduciendo nuevas metodologías de intervención que dan más importancia a la biografía de las personas que allí son atendidas, reconociéndolas como personas libres, con capacidad de tomar sus propias decisiones y preferencias en cuanto a cómo vivir esta última etapa de su vida. Estas metodologías forman parte del Modelo Centrado en la Persona, el cual tiene sus inicios en dos enfoques:

- **Modelo Centrado en el Cliente.**
- **Atención Centrada en la Persona con Demencia.**

El **Modelo Centrado en el Cliente**, del psicólogo humanista Carl Rogers, define a la persona como *cliente*, y no como paciente, pues este término implica dependencia, limitación y falta de respeto. Para Rogers el término *cliente* enfatiza “la participación activa, voluntaria y responsable de la persona, plantea la igualdad entre el profesional y el individuo que busca ayuda.” (Viscarret, 2007, pg. 166). Los elementos clave del modelo son la aceptación incondicional y el respeto por la persona. La intervención no se centrará en actuar sobre la persona, sino en acompañarla en el proceso, dotándola de seguridad y propiciando las condiciones ideales para ello.

El autor da especial importancia a las actitudes y la personalidad del profesional (en este caso la trabajadora social), pues es en ellas sobre las que se apoya el modelo, y no en técnicas y herramientas. La relación que el profesional establece con la persona debe ser de igual a igual, horizontal, procurando que la persona sea quien guíe su propio proceso. Los elementos característicos que definen la relación entre la persona y el profesional son, según Viscarret (2007): la comprensión, tolerancia, el respeto, la aceptación y la ausencia de presión sobre la persona. El profesional debe implicarse en las experiencias de la persona, pero a la vez debe desvincularse del impacto emocional que implica esta empatía para mantener clara su perspectiva.

La **Atención Centrada en la Persona con Demencia** de Kitwood da importancia a “empatizar con la persona, con sus necesidades y permitir el desarrollo de su independencia, su individualidad y su autonomía el mayor tiempo posible” (Martínez, 2011, pg. 36).

A la hora de intervenir con la persona mayor con demencia, debemos tomar este deterioro cognitivo como un elemento más con el que contar para la intervención. De esta manera, nos centramos en las capacidades y fortalezas que aún se mantienen intactas, y hacemos que la persona vuelva a ser la protagonista de su propia vida y de las elecciones que le conciernen con respecto a cómo vivirla.

Kitwood también hace referencia a la importancia de la comunicación. Cuando trabajamos con personas mayores con deterioro cognitivo, pueden darse conductas agresivas derivadas de dicho deterioro. Estas conductas son intentos de comunicación por parte de la persona, por lo que desde el MCP se debe hacer hincapié en ellas, mejorando la calidad de vida de la persona mayor y de la intervención.

Tanto Rogers como Kitwood coinciden en “mantener la condición de persona y respetar la singularidad e individualidad de los/as usuarios/as, independientemente de su estado” (Yusta, 2018, pg. 50).

Como ya se comentó en anteriores apartados del presente trabajo, se hace necesario reorientar la atención prestada en los centros residenciales hacia un modelo en el que la intervención se centre en la persona, y se abandonen los modelos sanitarios centrados en la enfermedad y en el servicio. Los aspectos negativos que tienen estos modelos con respecto al MCP son varios, pero los resumiremos en que son los profesionales los que toman decisiones sin contar con la opinión de la persona, prestan más atención a los déficits que a las habilidades y capacidades aun intactas, etiquetan a las personas según sus necesidades o enfermedad, intervienen sobre determinadas conductas disruptivas, utilizan un lenguaje técnico en vez de adaptado y sencillo, y los planes personalizados se realizan sin tener en cuenta a la persona o, en su caso a la familia.

Hay que destacar que existe un decálogo elaborado por Martínez (2013)<sup>2</sup> en el que se recogen los principios y valores del MCP:

1. Todas las personas tenemos dignidad.
2. Cada persona es única.
3. La biografía es la razón esencial de la singularidad.
4. Las personas tenemos derecho a controlar nuestra propia vida.
5. Las personas con grave deterioro cognitivo también tienen derecho a ejercer su autonomía.
6. Todas las personas tenemos fortalezas y capacidades.
7. El ambiente físico influye en el comportamiento y bienestar subjetivo.

---

<sup>2</sup> Decálogo de la Atención Centrada en la Persona (2013). Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/acp/decalogodocs/sudecalogo.htm>

8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar personal.
9. El ser humano es un ser social y nos relacionamos desde relaciones de interdependencia.
10. Las personas somos seres multidimensionales dinámicos, por tanto, sujetos a cambios.

En los siguientes subapartados se profundizará sobre elementos claves del modelo como son:

- **Los agentes.**
- **El ambiente residencial.**
- **Las relaciones afectivo-sexuales de las personas residentes.**

## **5.1. AGENTES**

El objetivo principal de un centro residencial es proporcionar una atención integral a las personas que allí residen, siempre desde la promoción de la autonomía y libertad de decisión, y poniendo a la persona en el centro de todos los procesos de intervención. En estos procesos están presentes tres agentes que veremos a continuación: las personas residentes, las familias y los profesionales.

### **5.1.1. Personas residentes.**

No hay un único perfil que englobe a todas las personas que habitan en centros residenciales, pues los motivos por los que acceden son múltiples<sup>3</sup>:

- Personas mayores que necesitan ser atendidas en centros residenciales.
- Personas que mantienen sus derechos y libertades y tienen capacidad para decidir sobre sí mismas y participar en la medida de lo posible en la vida del centro, en sus actividades y en los grupos que se constituyan.
- Personas que aceptan voluntariamente su ingreso en estos centros residenciales con la idea de ser cuidados y atendidos con la aspiración de continuar la construcción de su proyecto de vida según los principios y valores propios, sin renunciar a ellos de manera innecesaria.
- Personas mayores que en ocasiones sufren algún desequilibrio o alteración de su capacidad física o psíquica, pero que desean ser atendidas y acompañadas en su recuperación potenciando las áreas o aspectos no alterados o dañados.

---

<sup>3</sup> Modelo Básico de Atención en Residencias para Personas Mayores (2001). Disponible en: <https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/20120511/modelobasicoatencionresidenciaspersonasmayorespdf.pdf> Pg. 23.

- Personas que no quieren una fragmentación en la atención que reciben de los profesionales.

Ante esta diversidad de perfiles, la personalización de la atención que propone el MCP es cada vez más necesaria para asegurar que la calidad de los cuidados que se prestan a las personas residentes es adecuada. Conviene recordar que “el centro de la atención es la persona usuaria, su dignidad, su bienestar, sus derechos y sus decisiones” (Martínez, 2015, pg. 53), que pasa a ser un agente activo, lo cual implica un cambio en la relación con los profesionales porque comienza a participar en las decisiones que se toman con respecto a su atención ya que se tiene en cuenta su perspectiva y experiencia vital, y es tratada con respeto, independientemente de si presenta deterioro cognitivo o no.

Se trata de dejar atrás actitudes paternalistas como la sobreprotección en los cuidados o no dejar que las personas ejerzan su libre voluntad de elección, que lo único que hacen es generar más dependencia y atentar contra la dignidad de las mismas, para potenciar la autonomía mediante el desarrollo de las capacidades psíquicas, físicas y sensoriales.

Martínez (2017) define la autonomía como el grado en que las personas toman sus propias decisiones, participan en su atención y tienen control sobre las elecciones y cuestiones de su vida cotidiana. Cuando se trata de personas que presentan deterioro cognitivo, las decisiones se toman teniendo en cuenta su historia de vida y también a sus familiares.

La persona debe ser la protagonista de su propia vida, y esto sólo se consigue ofreciéndole una atención individualizada y flexible que se adapte a sus necesidades y preferencias, y no al revés, es decir, que sea ella la que se adapte a las necesidades organizativas del centro. Debemos tener presente que, siempre que se presten los apoyos suficientes para ello, toda persona es capaz de tomar sus propias decisiones y así planificar cómo quiere vivir esta última etapa de su vida en un centro residencial, desde donde se promueve su adaptación e integración durante su estancia.

Cuando la persona presenta demencia, ésta debe ser atendida por profesionales que tengan los conocimientos necesarios sobre la enfermedad y los cuidados que requiere, así como estar dotados de habilidades de comunicación, comprensión y empatía. En estos casos, es muy importante guiarse por la historia de vida de la persona, la escucha activa, observación directa y también relatos de los familiares sobre sus gustos y preferencias, para establecer un plan de intervención lo más adaptado posible a como le hubiese gustado a la persona si no tuviese demencia.

En ocasiones, las formas de comunicarse de las personas con demencia son mediante conductas agresivas, que deben ser interpretadas como necesidades no cubiertas. Cuando

estas situaciones ocurren, los centros residenciales deben contar con protocolos de actuación específicos para estos casos y con la adecuada formación de sus profesionales.

Del mismo modo, deben estar dotados de espacios acondicionados para la ubicación de personas que presenten este deterioro cognitivo, espacios que garanticen el respeto por los derechos y la dignidad de la persona.

En este sentido, desde las residencias del ERA se está poniendo en marcha un plan de formación con la Fundación Maria Wolff<sup>4</sup> sobre retirada de sujeciones. Así lo recoge en la Memoria de 2017<sup>5</sup>: “la calidad en la atención también ha motivado iniciativas en materia de innovación como la firma de un convenio con la Fundación Maria Wolff, que busca que, de forma paulatina, los centros del Organismo Autónomo ERA se conviertan en lugares libres de sujeciones. Este acuerdo implica poner en marcha un programa de investigación, desarrollo e implantación de cuidados con estimulación emocional y eliminación de sujeciones físicas y en una primera fase se desarrolla en los centros de Grado, Laviana, Valentín Palacio en Siero y El Cristo en Oviedo”.

### **5.1.2. Las familias.**

La familia es también un elemento fundamental para el MCP pues, el mantenimiento de los vínculos afectivos y de apoyo, una vez que la persona pasa a vivir en un centro residencial son muy importantes para su proceso de adaptación, así como para su estado emocional.

En muchas ocasiones la familia es el único apoyo con el que cuenta la persona residente, circunstancia que debería ser tenida en cuenta por el equipo profesional para garantizar la continuidad del proyecto de vida de la persona. Debemos tener presente que, cuando se produce la institucionalización de una persona mayor, en la familia suelen aparecer sentimientos de culpabilidad y abandono, y pueden acudir al centro residencial con frecuencia para descubrir cualquier fallo en la atención y así demostrar que aún se preocupa por su familiar. Como profesionales, debemos ser capaces de identificar estos sentimientos y actitudes y saber encauzarlos positivamente.

Varios son los autores que consideran a la familia como objeto de la intervención. Entre ellos se encuentra Yusta (2016), quien afirma que el núcleo familiar de la persona residente ha de ser tenido en cuenta a la hora de intervenir con el mismo, haciéndoles partícipes de las decisiones de los profesionales y viéndolos como un elemento de apoyo, y no al contrario. Por su parte, Hernández *et al.* (2007), consideran que, cuando una persona

---

<sup>4</sup> Fundación Maria Wolff: <https://www.mariawolff.org/>

<sup>5</sup> Memoria de Actividades 2017. Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias. Pg. 6.

ingresa en un centro, no lo hace sola, sino que lo hace también con su historia y su familia, por lo que la intervención ha de dirigirse tanto a la persona residente como a su familia.

El equipo profesional y la familia deben formar un buen tándem porque esta última nos proporciona información acerca de la vida de la persona residente, sus necesidades, gustos, enfermedades, etc., es decir, datos que nos facilitarán el mantener una atención lo más adaptada posible a sus preferencias y estilo de vida, especialmente cuando ésta presenta un deterioro cognitivo avanzado.

Durante la estancia en el centro residencial, “los profesionales tendrán que dedicar tiempo a explicar, informar, formar y poner a disposición de las familias la información que necesitan para que en un momento determinado pueda tomar las decisiones con el equipo de atención.” (Hernández *et al.*, 2007, pg. 136). Si bien es cierto que la relación entre los profesionales y la familia depende de las actitudes de las primeras, el establecer vínculos de colaboración y confianza entre estos dos agentes revierte de manera positiva en la persona residente porque las relaciones con su familia son más fluidas.

Los centros residenciales del ERA tienen sus propios programas de intervención con las familias. Concretamente, en dichos centros se presenta el Plan de Intervención en Residencias (2002), en el que se desarrollan dos programas:

- **Programa de apoyo familiar:** de apoyo familiar: tiene como objetivos propiciar el mantenimiento y refuerzo del apoyo familiar, e implicar a la familia en la atención individualizada del equipo de trabajo. Las actuaciones que se llevan a cabo en este programa son tres: el conocimiento del centro residencial, implicación en el plan de intervención (asesoramiento específico por parte de la trabajadora social, reuniones formativas con el equipo profesional y grupos de apoyo formados por familiares) y seguimiento en la intervención familiar.
- **Programa de representación y participación familiar:** los objetivos son implicar a la familia en la atención residencial fomentando y desarrollando su asociacionismo, y conseguir una participación real y eficaz de la asociación mediante acciones conjuntas de colaboración con la Junta de Residentes y Dirección del centro. Varias son las actuaciones que se desarrollan en este programa: motivación para la participación mediante entrevistas y reuniones, creación de la asociación y elaboración de los estatutos, elección de la Junta Directiva, reuniones periódicas, organización de grupos familiares de colaboración o voluntariado, organización de actividades culturales y, por último, atención directa a familiares.

La participación de la familia en la dinámica del centro residencial y en la atención de la persona es un derecho y un deber que implica ventajas y desventajas. Así lo recoge la Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia (2009), que ve como una ventaja para la persona mayor que se siente más apoyada en sus nuevas relaciones, más reconocida, que le ayuda a conectar su vida de siempre y sus personas cercanas con su nuevo hogar.

Según esta guía, todo puede tener más sentido y ser más agradable y favorecedor para la persona mayor en el centro, si la familia participa y se interesa. Una posible desventaja, no obstante, puede ser que, demasiada implicación de la familia pueda dejar en un segundo plano a la persona y su capacidad de decidir.

En cuanto a ventajas para la familia, esta se puede implicar en dos niveles: participación en relación con el bienestar de la persona (acompañamiento) y participación en actividades y talleres, grupos de apoyo, ofrecer sugerencias de mejora, etc.

En cuanto a las desventajas, como ya se comentó anteriormente, son las actitudes de los profesionales las que pueden determinar esta relación fluida con las familias, pues son muchos los que consideran que esta participación activa no es necesaria y que obstaculiza el funcionamiento del centro.

Para favorecer el proceso de participación, los consejos que se ofrecen desde la citada Guía de Buenas Prácticas establecen que se “requiere informar y motivar de esta posibilidad desde el momento del preingreso y que luego se propicie, en todo momento, ofreciéndoles oportunidades de colaboración factible y adaptada a las características y deseos de cada individuo y de su familia [...]

Tendremos que repensar nuestras actitudes y formas de actuar y analizar las barreras organizativas que desde nuestra institución (personalizada en gestores y profesionales) pueden presentar.” (Bermejo, 2009, pg. 66).

### **5.1.3. Los profesionales.**

El equipo de trabajo tiene un importante papel a la hora de implantar el MCP en el centro residencial. Para ello, es esencial contar con su compromiso e implicación para aplicar este enfoque puesto que implica un cambio tanto en la manera de ver a las personas residentes, como en la manera de intervenir y relacionarse con ellas.

Los profesionales deben ser conscientes de la necesidad de mejorar la calidad de la intervención con las personas residentes. Por lo tanto, “es necesario revisar y saber si nuestra organización está más en función de las personas usuarias o, al contrario, ya que

una organización que tenga como objetivo prioritario su propia estructura organizativa, limita las oportunidades de desarrollo y de calidad de vida de las personas usuarias” (Bermejo, 2009, pg. 38).

La base de toda relación entre profesionales y personas residentes pasa por respetar los derechos (autonomía, independencia, individualidad, autodeterminación, integración social) de estas últimas, de tal manera que las intervenciones se realizan desde una perspectiva más humana.

Las personas que trabajan en un centro residencial deben tener conocimientos, aptitudes y actitudes básicas tales como: la empatía, conducta asertiva, conocimiento de cada persona residente (gustos, deseos y preferencias), escucha activa y capacidad para trabajar en un equipo interdisciplinar.

Este último aspecto es de suma importancia, pues “el trabajo en equipo es el único modo de garantizar una atención adecuada: personalizada, integral y digna” (Bermejo y Mañós, 2009, pg. 145). El equipo interdisciplinar está formado por profesionales de diferentes disciplinas (trabajo social, psicología, enfermería, animación sociocultural, etc.), y cada uno de ellos aporta los conocimientos y experiencias propias de su ámbito de intervención.

La convergencia de los diferentes puntos de vista y maneras de actuar se hace necesaria siempre y cuando se tenga claro el objetivo común, que no es otro que la mejora del bienestar y calidad de vida de las residentes. Por ello, los profesionales “deben poner en el centro de su atención a la persona, su dignidad, su autonomía y la garantía del ejercicio de sus derechos, frente a la primacía de otros intereses como pueden ser los de la organización del servicio o centro o los del saber profesional” (Rodríguez, 2013, pg. 50).

El Plan de Intervención en Residencias (2002) ya contemplaba el trabajo interdisciplinar como el mejor método de intervención para una atención integral individualizada, de forma conjunta y coordinada. Sólo de esta manera se pueden abordar adecuadamente las diversas problemáticas que se presenten en el trabajo diario, haciendo que las profesionales adopten criterios y metodologías conjuntas para trabajar en función de las necesidades de las personas. Según este plan, las condiciones que se tienen que dar para trabajar en equipo son las siguientes<sup>6</sup>:

- **Trabajo por objetivos:** el equipo es un grupo de trabajo cuya finalidad es alcanzar objetivos que requieren la intervención de diversos profesionales, los cuales asumirán sus correspondientes responsabilidades y tareas para el logro de objetivos comunes.

---

<sup>6</sup> Plan de Intervención en Residencias, 2002, pg. 76 y 77.



- **Funciones coordinadas:** todos los profesionales desde sus complementarias funciones específicas deben conocer la actividad de los demás y la actividad total donde se integran, asumiendo su responsabilidad en la misma con cierta flexibilidad en las funciones y tareas a desempeñar.
- **Estructura de funcionamiento:** organización y normas de trabajo (protocolos, reuniones, información, coordinación, evaluación del proceso, etc.) conocidas y aceptadas por todos sus miembros.
- **Presencia de un coordinador:** cada profesional tiene que aportar al equipo los conocimientos de su especialidad, y el coordinador tiene que facilitar la integración de todas las aportaciones. Sus funciones principales son conducir la dinámica del grupo, coordinar las funciones de sus miembros, cohesionar al equipo y ayudarlo a alcanzar sus objetivos disponiendo medios y condiciones para el trabajo. La figura del coordinador es clave para el buen funcionamiento del equipo, como motor que impulsa, motiva, modera, resume, clarifica, previene o soluciona conflictos, ayuda a establecer consenso y toma de decisiones.

En cuanto a la implantación del MCP, la psicóloga Teresa Martínez publicó un informe en 2016 sobre la Atención Centrada en la Persona (ACP en adelante) en residencias de personas mayores. Mediante dos cuestionarios estandarizados se pretendía saber en qué grado en una escala del 0 al 10 se estaba siguiendo el modelo ACP en los centros residenciales, según los directores y los equipos técnicos de cada centro.

A través de estos cuestionarios, además de una puntuación total, se obtuvieron también puntuaciones independientes sobre ocho factores: autonomía, conocimiento de la persona, perspectiva de la persona, bienestar en los cuidados, relaciones sociales, ambiente personalizado, profesionales de atención directa y organización.

Los resultados del estudio fueron los siguientes: **de las puntuaciones independientes, las inferiores estuvieron referidas a autonomía y conocimiento de la persona.**

El actual sistema de organización de los centros residenciales, en el que prima el criterio profesional por encima de las decisiones de la propia persona, trae como resultado que la puntuación de estos dos factores sea tan baja. No es algo positivo, pues son dos elementos fundamentales en el MCP.

Referido a la **existencia de un equipo interdisciplinar**, el 64,3% de los directores se mostraba totalmente de acuerdo en que era esencial para ofrecer una ACP.

Sin embargo, cuando fueron preguntados por si **consideran que los equipos técnicos estaban lo suficientemente formados para aplicar un modelo ACP**, el 37,5% se

mostraba totalmente de acuerdo y un 39,3% se muestran de acuerdo. Como se ha comentado anteriormente, la existencia de un equipo interdisciplinar es una herramienta fundamental para garantizar la adecuada atención a las personas residentes.

Otro tema importante por el que se preguntaba en los cuestionarios era sobre la **participación de las personas residentes y sus familias en el Plan Personalizado de Atención (PPA)**, también elemento fundamental del MCP. El resultado fue que sólo una tercera parte (33,3%) estaba totalmente de acuerdo en que las personas residentes y sus familias participen en la elaboración de su PPA.

**En definitiva, el resultado general, que es el grado de ACP prestado, fue de un 7,17 para los equipos técnicos y un 6,3 para los directores.**

Este estudio demostró que existe un amplio margen de mejora en el grado de ACP prestado en los centros residenciales. Conocer mejor a cada persona residente y dejarla ser libre para tomar las decisiones que ella crea convenientes sobre su vida y atención son las dos áreas a mejorar.

Para Martínez (2015), las condiciones idóneas para implantar un MCP en los centros residenciales son las siguientes: existencia de un líder democrático, es decir, que sea un miembro regular del equipo de trabajo, que se implique y ofrezca su apoyo; trabajo en equipo, buen clima laboral y, por último, formación continua a los profesionales, especialmente relacionada con la aplicación del MCP.

Esta formación debe ser “activa, interactiva y con un enfoque constructivista” (Martínez, 2015, pg. 143), en la que cada profesional sea capaz de trasladar el conocimiento adquirido a las actividades que desarrolla en su día a día en la residencia y con las personas. El constatare reciclaje de conocimientos hace que los profesionales tengan una mejor formación y cualificación, lo que les permite abordar de una manera más integral la realidad de la persona mayor mediante las competencias y habilidades adquiridas. De esta manera los profesionales sienten satisfacción por el trabajo realizado, mantienen una actitud positiva y creen que el cambio hacia un modelo que se centre en la persona es posible.

## **5.2. AMBIENTE RESIDENCIAL**

La demanda de atención en centros residenciales por parte de las personas mayores y/o sus familias ha ido evolucionando con motivo de los cambios sociodemográficos, económicos y políticos. A esto hay que añadir que las necesidades y demandas que presentan las personas residentes también son diferentes a hace años. Es por ello por lo que los centros residenciales deben ir adaptándose en función de dichas necesidades y

demandas, y apostar por un modelo organizativo en el que el núcleo de la intervención sea la persona, se fomente la participación activa de la familia, y en el que se cuente con un equipo interdisciplinar adecuadamente formado para prestar unos servicios de calidad.

Como hemos señalado anteriormente, el ERA cuenta con tres tipos de centros en función de los servicios que se ofrecen: residencias, centros de día, apartamentos residenciales y Centros Polivalentes de Recursos (residencia y centro de día).

Los primeros se orientan a proporcionar un soporte social y convivencial de carácter permanente o temporal a las personas mayores residentes y a la prestación de servicios continuados de carácter personal y sociosanitario, mientras que los centros de día se orientan a la prestación de atención individualizada a las necesidades de la persona mayor dependiente, promoviendo su autonomía y una permanencia adecuada en su entorno habitual.<sup>7</sup>

Al hilo del párrafo anterior, desde el Modelo Básico de Atención en Residencias para Personas Mayores (2001)<sup>8</sup>, se considera que “existen posibilidades de adaptación de los centros a las nuevas necesidades de las personas, si bien en cada centro se tendrán en consideración sus características específicas, porque en todo caso los nuevos servicios deberán estimular la estancia en la residencia y habrá que evitar una sobreutilización de recursos que deteriore la atención a las personas residentes y perjudique su calidad de vida.”

A pesar de que entendemos que para cualquier persona el mejor lugar para pasar los últimos años de su vida es su propia casa, cuando ésta no puede seguir viviendo sola o requiere de unos cuidados específicos y permanentes, pasa a convivir a un centro residencial. Es en este momento donde se debe aplicar el MCP, pues favorece la creación o modificación de espacios residenciales acogedores para que las personas vean el centro como su hogar.

En este sentido, las autoras Rodríguez (2013) y Martínez (2015) coinciden en que el ambiente físico en el que vive una persona influye directamente en su bienestar. Es conveniente que sean las propias personas residentes, junto con sus familias, las que aporten fotos, recuerdos u objetos a fin de conseguir un espacio más hogareño en el que convivir, es decir, “conseguir que los alojamientos se diseñen y organicen de tal forma que las personas que en ellos habitan puedan concebirlas como su propia casa.” (Rodríguez, 2013, pg. 93).

---

<sup>7</sup> Memoria de Actividades 2017. Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias. Pg. 18.

<sup>8</sup>Modelo Básico de Atención en Residencias para Personas Mayores (2001). Disponible en: <https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/20120511/modelobasicoatencionresidenciaspersonasmayorespdf.pdf> Pg. 15.

Los centros residenciales deben ser espacios en los que se promueva y garantice la inclusión, la interacción, la comunicación, la seguridad, el confort, y la accesibilidad, pues sólo así se consigue el empoderamiento de las personas residentes para que tomen el control de su propia vida. En esta línea, se desarrollarán acciones con el objetivo de crear espacios lo más amigables posible. Para ello, se contará con la participación de las personas residentes, sus familias y el equipo de profesionales para conocer cuáles son los aspectos a mejorar del centro. Bermejo y Mañós (2009) nos ofrecen una serie de consejos a la hora de modificar las estancias residenciales para crear entornos amigables:

- Los espacios y edificios deberían ser agradables estéticamente, accesibles y seguros, y estar bien señalizados para facilitar la orientación de las personas. También se aconseja tener zonas ajardinadas y un parque adaptado, así como uno infantil para cuando acuden las visitas. Las zonas comunes deben ser acogedoras para favorecer las relaciones.
- En cuanto a su ubicación, el centro residencial debería de estar en un entorno comunitario en el que haya la posibilidad de acceder a diferentes servicios (centro de salud, supermercados, asociaciones, tiendas, etc.), y contar con transporte adaptado para realizar los desplazamientos necesarios.
- Las actividades que se ofrecen deben ser variadas y adaptadas a las capacidades de cada persona. Se debe fomentar la participación en la vida comunitaria.
- Los paneles informativos deben ser accesibles y adaptados, es decir, deben tener un buen tamaño de letra y un lenguaje sencillo.

Por otro lado, el Plan de Intervención en Residencias (2002) desarrolla un programa de adaptación del contexto físico, cuyos objetivos serían potenciar la autonomía personal, facilitar la relación social, conseguir seguridad y favorecer el bienestar mediante tres tipos de actuaciones: accesibilidad y seguridad (eliminación de barreras arquitectónicas, ayudas técnicas como pasamanos y rampas, suelos antideslizantes, mobiliario adaptado, eliminación de alfombras, luces piloto y timbres en las habitaciones y baños), orientación (señalización de las plantas por colores, carteles con horarios y actividades del centro, identificación de las habitaciones con nombre y fotografía, relojes de pared y calendarios en las estancias comunes) y confort (paredes pintadas en todos relajantes, control de la estimulación visual y auditiva, decoración de habitaciones con elementos familiares y significativos para así evitar estancias frías e impersonales, salas de actividades

polivalentes, habitaciones preferiblemente individuales y, de no ser así, con una distribución espacial que permita la privacidad en las zonas correspondientes a cada cama).

Por último, Martínez (2011, 2015 y 2016) recomienda la reorientación de los centros residenciales hacia un modelo que ya se viene implantando en países del norte de Europa, Estados Unidos y Canadá: el *modelo Housing*. Implica la creación de unidades de convivencia dentro de la propia residencia, en las que se alberguen entre 12 y 20 personas.

De esta manera se rompe con los rígidos horarios y normas residenciales, y se acaba con la despersonalización de la atención y la falta de privacidad. La atención es organizada en consenso tanto por el equipo de profesionales como por la persona, en función de sus preferencias y de las actividades cotidianas que venían realizando cuando aún vivían en su casa: cocinar, recibir visitas, acudir al supermercado, pasear, cuidar las plantas, etc.

Estas unidades tienen dos tipos de estancias: las comunes, entre las que se encuentran las salas de estar, cocina y aseos; y las individuales, que son las habitaciones de las personas, espacios donde se mantiene su intimidad y privacidad, y donde tienen sus fotos y objetos preciados que han ido aportando desde su estancia en el centro residencial.

### **5.3. SEXUALIDAD Y RELACIONES AFECTIVAS**

Me gustaría hacer hincapié en el tema de la sexualidad y las relaciones afectivas de las personas que se encuentran en centros residenciales, ya que, de toda la bibliografía consultada hasta el momento de realizar este apartado, únicamente he encontrado una guía de buenas prácticas que hace referencia a ello. Considero que es un tema sobre el que hay que investigar y hablar más para normalizarlo, ya que los beneficios que se obtienen repercuten directamente en las personas residentes.

Para empezar, la sexualidad está íntimamente relacionada con la salud y la calidad de vida. Así lo reconoce la Organización Mundial de la Salud, que define la salud sexual como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.”

La sexualidad, según la Asociación Mundial para la Salud Sexual, es “una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor. Se construye a través de la interacción entre el individuo y las

estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.”

Entre los derechos humanos se encuentra el derecho a la salud, por ende, la salud sexual y la sexualidad. Los derechos sexuales que se recogen en la Declaración de los Derechos Sexuales de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (1997), han de ser promovidos, reconocidos y respetados por todos los agentes sociales. Estos derechos son:

1. Derecho a la libertad sexual.
2. Derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
3. Derecho a la privacidad sexual.
4. Derecho a la equidad sexual.
5. Derecho al placer sexual.
6. Derecho a la expresión sexual emocional.
7. Derecho a la libre asociación sexual.
8. Derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.
9. Derecho a la información basada en el reconocimiento científico.
10. Derecho a la educación sexual integral.
11. Derecho a la atención de la salud sexual.

Con respecto al tema central que ocupa este trabajo, que es el MCP centros residenciales del ERA, este modelo no reconoce explícitamente los derechos sexuales. Sin embargo, sí reconoce otros derechos fundamentales de las personas mayores que viven en centros residenciales como son el derecho a ser tratadas con dignidad y respeto, derecho a tomar decisiones libremente sobre su vida o el derecho a seguir desarrollando su proyecto vital. Sin embargo, considero que es un modelo útil para normalizar las relaciones afectivo-sexuales porque parte de la personalización de las intervenciones con las personas residentes, facilitando de esta manera una buena interacción con los profesionales.

Al hilo de este párrafo, la Carta de Derechos y Deberes del ERA (2008), recoge que toda persona residente tiene derecho a llevar una vida privada al considerar al centro como su propia casa, y a que se le garantice un trato adecuado y digno, respetando su libertad de opción para establecer relaciones interpersonales.

Sexualidad y vejez son dos términos relacionados y no precisamente de manera positiva. En la sociedad actual está muy extendida la idea -equivocada- de que cuando alcanzamos la tercera edad, las personas perdemos el deseo sexual y el interés por el sexo. Si ya de por sí para las personas mayores es difícil satisfacer sus necesidades afectivas y

sexuales libremente con estos prejuicios, lo es aún más cuando se trata de personas que están institucionalizadas.

Celdrán *et al.* (2017) nos muestran los motivos por los que los entornos residenciales son espacios en los que no se fomenta la expresión y desarrollo de las necesidades y relaciones afectivo-sexuales:

- Primero, los centros residenciales están diseñados como hospitales, con largos pasillos a los lados que parten del control de enfermería. Normalmente las habitaciones son compartidas con otra persona y, para garantizar una rápida atención en caso de urgencia, las puertas no tienen pestillo y son de fácil acceso, por lo que se tiene poca o ninguna privacidad. Así mismo, las personas pasan la mayor parte del tiempo en espacios compartidos como la sala de estar o el comedor de su planta y están bajo una continua supervisión por parte de los profesionales.
- Segundo, aunque no hay un único perfil que represente a todas las personas que viven en centros residenciales, lo cierto es que la gran mayoría de ellas presenta deterioro cognitivo o un alto grado de dependencia, por lo que la expresión y comprensión de sus necesidades sexuales es aún más complicado. También hay que añadir que la actual generación de personas mayores ha sido educada bajo la influencia de la religión y, probablemente, no han recibido clases de educación sexual, por lo que tienen una visión más conservadora sobre la sexualidad.
- Tercero, los profesionales, aunque proceden de diferentes campos del conocimiento, no tienen la suficiente formación sobre sexualidad y vejez, lo que hace que puedan tener actitudes negativas hacia ciertos comportamientos, o no sepan cómo abordar determinadas situaciones que se pueden dar en la residencia. Por supuesto, esta falta de formación no es culpa de los profesionales, sino de un modelo organizativo en el que se prioriza la enfermedad y carencias de las personas mayores, y se obvian sus derechos sexuales.
- Cuarto y último, las familias. Muchos familiares se sienten avergonzados de que la persona residente (madre, padre, abuela, etc.), tenga comportamientos sexuales o relaciones afectivas. Normalmente esto ocurre porque los familiares, en el caso de que la persona sea viuda, ven como una falta de respeto hacia la persona que ya no está que su familiar inicie una relación a parte; o ven a la persona como un ser incapaz de mantener nuevas relaciones.

De todos los obstáculos señalados, considero que la falta de privacidad es un elemento importante tanto para las personas residentes como para el equipo de profesionales. Esta privacidad incluye la confidencialidad, un derecho fundamental que viene reconocido en el Código Ético del ERA<sup>9</sup>, el cual establece que “hay que tratar con la mayor reserva los datos personales de cada residente, así como su situación física o cognitiva.

Debe evitarse cualquier práctica o comentario que ponga en riesgo la necesaria garantía de este derecho.”; así mismo, la Carta de Derechos y Deberes del ERA (2008) reconoce que toda persona tiene derecho a mantener un expediente individual, con garantía absoluta de privacidad de la información en él recogida. En el centro residencial se comparte constantemente información entre los profesionales, bien sea sobre la persona residente, sobre sus familiares, o sobre cuestiones organizativas.

Es este trasiego de información el que puede impedir que en muchas ocasiones las personas no quieran comentar con los profesionales cuestiones acerca de sus relaciones afectivo-sexuales por temor a que sea ridiculizada, juzgada, o que se convierta en un tema de conversación entre el equipo.

Otro motivo que impide una buena comunicación es que los profesionales, cuando observan que la persona es sexualmente activa, al no saber actuar antes estas situaciones, lo primero que hacen es comunicarlo a la familia, dando prioridad a sus intereses por encima de los de la persona, que en muchas ocasiones no tienen por qué ser los mismos. Esto es un gran error porque la persona puede sentirse avergonzada o simplemente no quiere que sus familiares sepan de su vida en el centro residencial.

En cuanto a las personas que padecen enfermedades neurodegenerativas como la demencia, cuando son diagnosticadas, aparecen sentimientos de incertidumbre, ansiedad y miedo en ella y su familia. Al no saber manejar estos sentimientos, la persona se vuelve más agresiva y demandante, especialmente con la persona que lo cuida. Al mismo tiempo comienzan a aparecer complicaciones en la esfera sexual, pues el padecimiento de la enfermedad no excluye las necesidades sexuales, pero sí afecta a cómo reconocerlas y expresarlas por parte de la persona. En este sentido, a la pareja le puede resultar incómodo mantener relaciones sexuales con una persona que no se acuerde de su nombre o directamente no la reconoce, o puede creer que está abusando de ella al no tener plenas sus capacidades mentales.

En la residencia podemos encontrarnos con dos tipos de casos: parejas en la que uno los miembros tiene demencia; y otras parejas en la que ambos miembros tienen demencia. En el primer caso, lo normal sería respetar la decisión de la persona que padece demencia,

---

<sup>9</sup> Disponible en: [https://www.socialasturias.es/servicios-sociales/atencion-especifica-a-personas-mayores/establecimientos-residenciales-para-ancianos-era\\_586\\_1\\_ap.html](https://www.socialasturias.es/servicios-sociales/atencion-especifica-a-personas-mayores/establecimientos-residenciales-para-ancianos-era_586_1_ap.html)



sabiendo de antemano su historia de vida y lo que es conveniente para ella. En el segundo caso, lo que se tiende a hacer es permitir esta relación ya que se considera que las dos personas se encuentran en igualdad de condiciones y no es posible que haya un abuso por ninguna de las partes.

En cualquier caso, asumir cuanto antes que las personas con demencia también son capaces de mantener relaciones sexuales será de gran ayuda para que los profesionales tomen decisiones al respecto, tratando cada caso como único y con el mayor respeto y confidencialidad posibles; y teniendo en cuenta la opinión de las partes, especialmente de la persona con demencia. Para la toma de decisiones, algunos factores a valorar son: la presencia de quejas verbales o no verbales de una o de las dos partes; el riesgo físico o psicológico de la práctica sexual; la historia de vida; la capacidad para decidir, y los puntos de vista de ambas partes.

En el día a día del centro residencial se dan ciertas situaciones que pueden resultar incómodas tanto para la propia persona residente como para los profesionales y, en ocasiones, pueden dar lugar a burlas, reacciones negativas o reprimendas a los residentes. Estas situaciones pueden ser desde el exhibicionismo, la masturbación en espacios compartidos con más compañeros (comportamientos sexuales inapropiados), o interrumpir en la habitación a dos residentes que están manteniendo una relación sexual.

Lo recomendable es que desde el centro se procure dar una respuesta adecuada cuando esto ocurre. Para ello se tendrán en cuenta, por un lado, la historia de vida de las personas implicadas, reconociendo que éstas tienen una vida sexual previa que debe adaptarse al contexto residencial, y viceversa, es decir, que “las instituciones y sus profesionales deberían adaptarse a los valores de la persona y hacer lo posible para que esa vida previa continúe con la menor ruptura posible. Individualizar y personalizar el manejo de situaciones sexuales es, a este efecto, indispensable.” (Celdrán *et al.*, 2017, pg. 24). Y, por otro lado, el contexto en el que se dan esas conductas o relaciones, contando con la opinión de las personas implicadas, así como de los profesionales, el resto de los compañeros y, llegado el caso, sus familiares.

En estos casos hay que tener siempre claro que las personas son libres de ejercer o no sus derechos sexuales, sin ser juzgadas por esta decisión. Cuando se trata de comportamientos sexuales inapropiados, que normalmente son realizados por personas con demencia, la forma de actuar es explicándoles de la manera más comprensiva posible a qué se deben esos comportamientos.

Con el propósito de favorecer el desarrollo de las necesidades y relaciones afectivo-sexuales, Bermejo y Mañós (2009) y Celdrán *et al.* (2017) ofrecen una serie de estrategias

para normalizar la sexualidad entre los diferentes agentes que interactúan constantemente en la intervención en el centro residencial. Son las siguientes:

- Para la **persona residente**: incluir en el PPA aspectos relacionados con las necesidades afectivo-sexuales; ofrecer información y asesoramiento sobre sus derechos sexuales y la manifestación de los mismos; normalizar las relaciones de pareja y las expresiones afectivas; llevar a cabo medidas y aportar materiales que favorecen la expresión de las necesidades-afectivo sexuales de las personas institucionalizadas.
- Para las **familias**: sensibilizar, orientar e informar a las familias sobre los derechos sexuales de las personas mayores y de la expresión de sus necesidades afectivo-sexuales; hacerlas partícipes de la intervención en casos puntuales y sólo cuando la persona lo autorice.
- Para los **profesionales**: elaborar un plan de formación en materia de sexualidad, vejez y demencia; elaborar un registro de situaciones problemáticas para así poder resolverlas adecuadamente mediante una intervención interdisciplinar; revisar la forma de actuar ante ciertas situaciones; conocer qué actitudes tienen los profesionales cuando se encuentran con sospechas de un posible abuso.
- Desde el **centro residencial**: reconocer el derecho que tiene cada persona residente de expresar sus necesidades afectivo-sexuales, sin ser discriminadas por ello; adecuar los espacios públicos y privados para tener una mayor intimidad.

## 6. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que he llegado a través de la búsqueda de información y de la realización del presente trabajo son las siguientes:

Primero, que la población asturiana ha experimentado en la última década un aumento de la esperanza de vida, siendo una de las Comunidades Autónomas con más población mayor de 65 años en 2017. Este fenómeno está ligado al envejecimiento, una etapa más del ciclo vital que trae consigo inevitablemente cambios físicos, psíquicos y sociales, así como enfermedades asociadas a la vejez como es la demencia, la cual genera dependencia de una persona cuidadora (por norma general, la mujer). Otros cambios sociales que han afectado también a Asturias son el éxodo de jóvenes que emigran para buscar un mejor trabajo; el descenso de la natalidad; la incorporación de la mujer al mundo laboral, y los cambios en la estructura familiar.

Estos fenómenos han hecho que cada vez sean más las personas que demandan una atención especializada en un centro residencial, bien sea porque tienen un alto grado de dependencia, porque requieren de unos cuidados específicos que la familia no puede prestarle, o por cualquier otro motivo; acabando así con la tradicional creencia de que debe ser la familia la que cuide de sus mayores.

Debemos ser conscientes de que la esperanza de vida va a seguir aumentando de manera lenta, pero progresiva, por lo que es necesario que se creen y mejoren los servicios y recursos destinados a las personas mayores para lograr su bienestar y calidad de vida.

Segundo, la intervención que desarrollan las trabajadoras sociales en un centro residencial es fundamental porque trabajan directamente con las personas residentes para conocer sus necesidades, preferencias y problemáticas, movilizando todos los recursos que tengan a su alcance para velar por su bienestar y calidad de vida. También trabajan con los familiares para que sigan manteniendo los vínculos con la persona residente mediante la participación en el día a día del centro y teniendo un contacto constante para informar de cualquier hecho que le ocurra a su familiar.

Tercero, a pesar de que los centros residenciales tengan una mala imagen porque son considerados como el último sitio al que acudir en caso de situación de dependencia o no poder seguir prestando cuidados, son el recurso de atención a personas mayores por excelencia. La medida para acabar con este prejuicio y mejorar el trabajo que se desarrolla en los centros residenciales es orientar la intervención hacia un modelo centrado en la persona, dejando atrás los modelos centrados en el servicio.

Con este nuevo modelo, la intervención se focaliza en la persona residente, sus intereses, necesidades y deseos para prestarle una adecuada atención y fomentar de esta manera su autonomía personal y capacidad de decisión. Además, también se da mucha importancia a las relaciones familiares y sociales, así como a seguir manteniendo los hábitos cotidianos que la persona tenía antes de ingresar en el centro residencial.

Otro aspecto a destacar es que, en la actualidad, los centros residenciales tienen una amplia capacidad para acoger a un gran número de personas, por lo que se dificulta la atención en el sentido de que la ratio de profesionales no es suficiente para llevar a cabo una intervención personalizada porque se da prioridad a la organización antes que a la persona.

Cuarto, la familia cumple un importante papel en relación con el bienestar de la persona institucionalizada y también con determinados aspectos organizativos. Desde el centro se debe tener claro que es beneficioso para la persona que vea que sus familiares participan activamente en las actividades que se desarrollan, así como en la elaboración de su PPA porque, de esta manera, no tiene sentimientos de abandono y soledad que normalmente se producen cuando se ingresa en un centro residencial.

La participación de la familia también puede ocasionar conflictos relacionados con los horarios y normas organizativas del centro, así como con los cuidados prestados. En este sentido, son los profesionales los que intervienen antes estas situaciones mediante procesos de comunicación y mediación, fortaleciendo la relación con el equipo.

Quinto, fomentar que las personas residentes sigan manteniendo relaciones afectivo-sexuales sólo es posible si desde el centro se tiene claro el beneficio que para ellas supone. Para ello es imprescindible que los tres agentes (persona residente, familia y profesionales) cuenten con el apoyo, formación y conocimientos posibles para el correcto desarrollo de estas relaciones.

Sexto, los profesionales del centro deben tener conocimientos sobre la normativa en materia de tercera edad y dependencia, así como la normativa del centro en el que trabajan. Deben contar con una formación específica y adecuada para prestar una atención personalizada a cada residente, por lo que es vital que desde el centro se elabora un plan de formación continua para reciclar y aumentar conocimientos y competencias, así como contar con guías de buenas prácticas para asesorar a los profesionales en caso de cualquier duda que les surja con respecto a la atención.

Los profesionales están integrados en un equipo interdisciplinar desde el que se procura dar una respuesta integral a las necesidades de las personas residentes y de sus familias. El equipo trabaja de manera coordinada para aunar los conocimientos que cada profesional

tiene de su disciplina, intercambiando ideas y experiencias a fin de lograr un objetivo común que no es otro que lograr el bienestar de la persona. Es imprescindible que los profesionales creen y sean conscientes de que un cambio en la manera de prestar la atención y servicios es posible, pues se obtienen beneficios tanto para las personas residentes como para ellos mismos.

En definitiva, la implantación de un modelo centrado en la persona no es un proceso lineal, sino que requiere una constante adquisición de conocimientos, prácticas y experiencia por parte de los tres agentes implicados.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

### 7.1. ARTÍCULOS

- FILARDO LLAMAS, C. (2011): "Trabajo Social para la Tercera Edad". *Documentos de Trabajo Social*, 49, 214.
- HERNÁNDEZ, C., INZA, B. y LETURIA, F. J., (2007): "El papel de la familia en el proceso de atención a personas mayores en centros sociosanitarios". *Zerbitzuan*, 41, 129-142.
- MARTÍNEZ, T. (2016): "Atención Centrada en la Persona en residencias de personas mayores españolas. Algunas opiniones de sus directores/as y profesionales." *Informes acpgerontología*, 4, 1-41.
- MARTÍNEZ, T. (2017): "Evaluación de los servicios gerontológicos: un nuevo modelo basado en la Atención Centrada en la Persona". *Revista Argentina de Gerontología y Geriatría*, 31, 83-89.
- YUSTA, R. (2016): "Los tres aspectos fundamentales de la intervención social en el ámbito geriátrico-residencial". *Trabajo Social Hoy*, 78, 85-94.
- YUSTA, R. (2018): "Implantación de un Modelo de Atención Centrada en la Persona en el ámbito de la gerontología". *Trabajo Social Hoy*, 84, 45-62.

### 7.2. FUENTES ELECTRÓNICAS

- Asociación Mundial para la Salud Sexual (1997): *Declaración de los Derechos Sexuales*. Disponible en: <http://www.espill.org/wp-content/uploads/2016/01/Derechos-Sexuales-1997.pdf> [Consultado el 22 de mayo de 2019].
- Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias (2008): *Carta de Derechos y Deberes de las personas que viven en las residencias del Principado de Asturias*. Disponible en: [https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF\\_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/publicaciones/CartaDerechosyDeberes.pdf](https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/publicaciones/CartaDerechosyDeberes.pdf) [Consultado el 24 de mayo de 2019].
- Gobierno de Castilla-La Mancha (2001): "Modelo Básico de Atención en Residencias para Personas Mayores". Disponible en: <https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/20120511/modelobasicoatencionresidenciaspersonasmayorespdf.pdf> [Consultado el 22 de abril de 2019].
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2014): *Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas*.

- [http://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion\\_publicacion/index.htm?id=2492](http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion_publicacion/index.htm?id=2492) [Consultado el 5 de marzo de 2019].
- Instituto Nacional de Estadística: *Tablas de mortalidad por año, comunidades y ciudades autónomas, sexo, edad y funciones*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=27154> [Consultado el 6 de marzo de 2019].
  - José Antonio Ventura Rivero (2015): *Intervención Social en un Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores*. <https://prezi.com/ivqkgzvgeq9b/intervencion-social-en-un-cprpm/> [Consultado el 22 de febrero de 2019].
  - Observatorio Asturiano de Servicios Sociales (2017): *InfObservASS N.º 1: Perfil de las Personas Mayores en Asturias*. <https://observass.com/wp-content/uploads/2017/10/INFOBSERVASS-N1.pdf> [Consultado el 21 de febrero de 2019].
  - Organismo Autónomo Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias (2017): *Memoria de Actividades 2017*. [https://www.socialasturias.es/memoria/establecimientos-residenciales-para-ancianos-era/memorias-de-actividades\\_722\\_1\\_ap.html](https://www.socialasturias.es/memoria/establecimientos-residenciales-para-ancianos-era/memorias-de-actividades_722_1_ap.html) [Consultado el 21 de febrero de 2019].
  - Organismo Autónomo Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias: *Protocolos de Actuación I*. [https://www.socialasturias.es/servicios-sociales/centros/protocolos-de-actuacion\\_860\\_1\\_ap.html](https://www.socialasturias.es/servicios-sociales/centros/protocolos-de-actuacion_860_1_ap.html) [Consultado el 12 de junio de 2019].
  - Organismo Autónomo Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias: *Código Ético para facilitar el papel de los familiares de residentes en Centros del Organismo Autónomo Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias*. Disponible en: [https://www.socialasturias.es/servicios-sociales/atencion-especifica-a-personas-mayores/establecimientos-residenciales-para-ancianos-era\\_586\\_1\\_ap.html](https://www.socialasturias.es/servicios-sociales/atencion-especifica-a-personas-mayores/establecimientos-residenciales-para-ancianos-era_586_1_ap.html) [Consultado el 23 de mayo de 2019].
  - Organismo Autónomo Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias (2002): *Plan de Intervención en Residencias*. Disponible en: <https://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/4564/1/Archivo.pdf> [Consultado el 30 de abril de 2019].
  - Organización Mundial de la Salud: Definición de salud sexual. Disponible en: [https://www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](https://www.who.int/topics/sexual_health/es/) [Consultado el 22 de mayo de 2019].
  - Teresa Martínez (2013): *Decálogo de la Atención Centrada en la Persona*. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/acp/decalogodocs/sudecalogo.htm> [Consultado el 17 de mayo de 2019].

### 7.3. LEGISLACIÓN

- Constitución Española de 1978 (B.O.E. nº.311, de 29 de diciembre).
- Decreto 10/1998, de 19 de febrero, por el que se regula el acceso y estancia en los establecimientos residenciales para ancianos (B.O.P.A. nº.55, de 7 de marzo).
- Decreto 17/1999, de 25 de marzo, por el que se aprueba el Estatuto Básico de los establecimientos residenciales para ancianos (B.O.P.A. nº.85, de 14 de abril).
- Ley 7/1991, de 5 de abril, de Asistencia y Protección al Anciano (B.O.E. nº.121, de 21 de mayo).
- Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales (B.O.E. nº.86, de 10 de abril).
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (B.O.E. nº.299, de 15 de diciembre).

### 7.4. LIBROS Y GUÍAS

- BERMEJO, L. (2009): *Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. I Parte: Bases y reflexiones en torno a las Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda.
- BERMEJO, L. y MAÑÓS, Q. (2009): *Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. II Parte: Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda.
- CELDRÁN, M.; FABÀ, J.; MARTÍNEZ, T.; SERRAT, R. y VILLAR, F. (2017): *Sexualidad en entornos residenciales de personas mayores*. Madrid: Fundación Pilares.
- MARTÍNEZ, T. (2011): *La Atención Gerontológica Centrada en la Persona*. San Sebastián: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- MARTÍNEZ, T. (2015): *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelos de atención e instrumentos de evaluación*. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- RODRÍGUEZ, P. (2013): *La Atención Integral y Centrada en la Persona*. Madrid: Fundación Pilares.
- VISCARRET, J. J. (2007): "El modelo humanista-existencial", en Viscarret, J. J. *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid: Alianza Editorial.



## **8. ANEXOS**

### **8.1. ANEXO I: PROTOCOLO DE PREINGRESO**

#### ***PROCEDIMIENTO***

Este protocolo va dirigido fundamentalmente a la toma de contacto del futuro residente y familia con el Centro en el que próximamente va a vivir, con el fin de conocer, con carácter previo las instalaciones y cuanta información precise para ayudarle a decidir libremente su ingreso.

#### ***OBJETIVO***

- Facilitar la adaptación e integración en el centro.
- Recoger información relativa al residente.
- Apoyar a la familia ante el ingreso de la persona en el centro.
- Sentar las bases para una buena colaboración.
- Ajustar las expectativas sobre la atención que ofrece el centro.

#### ***ACTUACIONES A DESARROLLAR***

Realización de un primer análisis de la situación del futuro residente y de la situación familiar, principales necesidades de apoyo de cara al futuro ingreso en el centro.

Ofrecer información que permita un buen conocimiento del centro y un adecuado ajuste de expectativas, ofreciendo información sobre los aspectos:

- Misión, objetivos, organización del centro.
- Servicios que ofrece y atenciones esperadas.
- Limitaciones en la atención.

Proporcionar apoyo psicológico centrado fundamentalmente en la desculpabilización

Orientar y aconsejar para favorecer la adaptación del residente dando importancia a personalizar su habitación, conexión con su familia y amigos, así como continuar con sus hábitos y actividades.

Proporcionar la posibilidad de conocer el Centro con todas sus dependencias, funcionamiento y equipo de atención directa

Informaremos sobre la existencia de Junta de Residentes, Asociación de Familiares, etc.

Ofrecemos documentación sobre:

- Carta de derechos y deberes.
- Reglamento de régimen Interior.
- Protocolo de Sugerencias Quejas y Reclamaciones.
- Plan General de intervención.
- Condiciones del Contrato Hospedaje.



**Patrón nutricional:**

Dieta:        Sí     No

Observaciones: \_\_\_\_\_

**Alteraciones psíquicas:**

Fugas: Sí     No

Exteriores: \_\_\_\_\_

Presenta ideas delirantes/alucinaciones:

Trastorno de ansiedad:

Estado de ánimo:

Conductas Disruptivas:

Hábitos tóxicos:     Alcohol     Tabaco     Otros: \_\_\_\_\_

## 8.2. ANEXO II: PROTOCOLO DE HISTORIA SOCIAL

**FICHA DE INGRESO** \_\_\_\_\_ **N° EXPDTE.** \_\_\_\_\_

**Nombre y Apellidos:** \_\_\_\_\_

Ingreso \_\_\_\_\_ Traslado \_\_\_\_\_ N° Habitación: \_\_\_\_\_

Modalidad residencial: \_\_\_\_\_ Válido \_\_\_\_\_ Asistido \_\_\_\_\_ Traslado \_\_\_\_\_ C. Día \_\_\_\_\_ E. T. \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Mesa: \_\_\_\_\_ N° Ropa: \_\_\_\_\_

N° D.N.I.: \_\_\_\_\_ No° S.S.: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lugar: (Localidad y provincia) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ E. Civil: \_\_\_\_\_

Seguro decesos: Sí Cía. Aseguradora: \_\_\_\_\_

No N° Póliza: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Incapacidad legal: Sí Representante legal/Guardador de hecho (Nombre y apellidos) \_\_\_\_\_

No

Minusvalía: Sí Grado \_\_\_\_\_ Dependencia: Sí Grado \_\_\_\_\_

No

No

### **FAMILIAR INGRESADO EN EL CENTRO**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ Habitación: \_\_\_\_\_

### **DATOS FAMILIARES**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Domicilio C.P. Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Domicilio C.P. Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Domicilio C.P. Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Domicilio C.P. Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_



**ESTADO FÍSICO-PSÍQUICO**

Problema físicos

Problema psíquico

Ninguno

Estado de salud:

---

---

Autonomía: Sí  
No

Con supervisión

Sin supervisión

Ayuda en AVDB:

Sí

Ayuda en AVDI

Sí

Baja

Alta

No

No

Media

Higiene

Parcial/Total

Vestido

Parcial/Total

Alimentación

Parcial/Total

Incont. urinaria

Parcial/Total

Incont. intestinal

Parcial/Total

Otros: \_\_\_\_\_

Deambulación:

Autónomo

Ayudas técnicas:

Batones (1 o 2)

No Autónomo

Andador

Silla de ruedas

Otras: \_\_\_\_\_

Aspecto personal:

Cuidado

Descuidado

Hábito de higiene:

Bueno

Malo

Regular

Observaciones:

---

---

---

---

---

---

---

---









### **8.3. ANEXO III: PROTOCOLO DE INGRESO Y ACOGIDA**

#### ***DESCRIPCIÓN***

Este procedimiento nos da las pautas para establecer los canales de comunicación entre el Residente la familia y el Centro además de facilitar la acogida del nuevo residente.

#### ***OBJETIVOS***

- Recibir al residente.
- Favorecer la integración en el Centro.
- Afianzar la confianza del residente y su familia en los profesionales del Centro.

#### ***EQUIPO MULTIDISCIPLINAR***

Recepción, Trabajadora Social, Dirección y resto del Equipo de atención.

#### ***PASOS A SEGUIR***

En el momento de la llegada del nuevo residente y sus familiares al Centro, las personas encargadas: Recepción, Trabajadora Social, Dirección y comité de bienvenida, les reciben.

Acompañamos al residente al despacho para realizar las actividades de recogida de datos, en el caso de no haberlo realizado en el Pre-Ingreso.

Se entrega al residente y/o familia el reglamento de régimen interior y resto de documentación en el caso de no haberlo facilitado en el Pre-Ingreso.

Se le explica a la familia la existencia de la Asociación de Familiares del Centro para que participen en ella.

Se explica el funcionamiento del centro, las normas de convivencia, los horarios de comedor, el horario de visitas, etc.

Se le acompaña a conocer la habitación que ocupará y las diferentes dependencias del Centro.

Se le presenta al compañero/a de habitación y a los residentes con los que compartirá mesa en el comedor.

Así mismo se le presentaran también a los miembros de la Junta de Residentes.

Se le presenta al equipo de atención directa que recabará los datos más relevantes, los informes médicos, las diferentes patologías conocidas y la medicación actual; así como su auxiliar de referencia.

En días sucesivos se realizará seguimiento sobre la adaptación en el Centro. Y en el plazo de un mes se realizará una valoración del equipo.

Se mantendrá también entrevista individual con la familia para valorar las opiniones, intercambio de información y conocer la valoración de la familia sobre la adaptación.

## **8.4. ANEXO IV: PROTOCOLO DE RECOMENDACIONES: ROPA DE RESIDENTES AL INGRESO**

### **DESCRIPCIÓN**

Este protocolo nos da las pautas para establecer medidas encaminadas a la mejora del aspecto personal de los/las residentes con movilidad limitada.

### **OBJETIVOS**

- Mejorar el aspecto personal.
- Potenciar la comodidad de los residentes.
- Evitar lesiones por la utilización de ropa inadecuada.

**Equipo multidisciplinar:** Personal de atención directa

### **PROCEDIMIENTO**

Este protocolo va dirigido fundamentalmente a los usuarios con necesidades especiales, a sus familiares y/o persona de referencia para informar de la adecuación del vestuario, en determinadas circunstancias.

Y también para establecer unas pautas sobre el vestuario adecuado al ingreso para que resulte más funcional y confortable.

### **RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA ROPA DE LOS RESIDENTES**

#### **1. RESIDENTES CON MOVILIDAD REDUCIDA PERO INDEPENDIENTES PARA EL VESTIDO**

- La ropa será amplia, con botones grandes fáciles de manipular o, mejor aún, con tiras autoadhesivas (velcro).
- El tejido de preferencia será el algodón por sus características de transpirabilidad y comodidad.
- Los pantalones o faldas llevarán elásticos o tiras autoadhesivas (velcro) preferentemente en vez de cremalleras.
- Los vestidos preferentemente abrocharán por delante con los sistemas antes descritos y si son sin aberturas serán lo suficientemente amplios para permitir su cómoda introducción por la cabeza.
- Las medias y/o calcetines serán de algodón o lana con sistema de sujeción seguro pero que NO OPRIMA.
- El calzado tendrá la forma y tamaño que mejor se adapte al pie y permita una perfecta sujeción del mismo, procurando que sea antideslizante.

NOTA: un calzador de mango extralargo será una inestimable ayuda

- Las zapatillas deben de ser cerradas y sin tacón, evitando las "chinelas" abiertas por detrás debido a que favorecen la inestabilidad.

Hay que tener en cuenta que, el hecho de que la ropa sea cómoda no quiere decir que nos resulte estéticamente desagradable. Sabemos la importancia de respetar la identidad personal para sentirnos bien, y además facilitar la tarea del vestido y de su seguridad personal.

## **2. RESIDENTES TOTALMENTE DEPENDIENTES PARA EL VESTIDO POR DISCAPACIDAD PSÍQUICA**

- La ropa y calzado reunirá las características ya conocidas y además se evitará el uso de botones, adornos superpuestos y, en general, accesorios susceptibles de ser ingeridos o introducidos por orificios corporales. El mismo criterio se utilizará para el uso de joyas o bisutería.
- Los cinturones y pañuelos de cuello deben usarse con precaución pues pueden apretarlos demasiado.

## RECOMENDACIONES PARA EL INGRESO

Próximo a efectuarse su ingreso en este establecimiento, le comunicamos que el **número de ropa** que le corresponde es. \_\_\_\_\_

Para agilizar su ingreso le recomendamos que proceda a marcar las prendas que aporte en su momento con el número indicado mediante: **etiqueta /cinta cosida en la parte interior y superior de la prenda.**

Al objeto de disponer de un número de prendas suficientes, recomendamos que en el momento del ingreso aporte:

TIPO DE PRENDA: HOMBRE	Nº	TIPO DE PRENDA: MUJER	Nº
Pantalones y/o chándal	4	Vestidos y/o faldas Pantalones y/o chándal	4
Chaquetas y/o jerséis	4	Chaquetas y/o jerséis	4
Camisas y/o polos	6	Camisas y/o polos	6
Bata	2	Bata	2
Pijama	4	Pijama	4
Mudas de ropa interior	6	Mudas de ropa interior	6
Pares de calcetines	6	Pares de calcetines	6
Pares de zapatos	2	Pares de zapatos	2
Pares de zapatillas	2	Pares de zapatillas	2
Útiles de aseo			

- Las prendas deben admitir lavado y secado industrial.
- Se recuerda que las prendas pueden sufrir graves deterioros y la ropa delicada que sea precise lavado en seco, correrá a cargo del residente.

## 8.5. ANEXO V: PROTOCOLO DE COLABORACIÓN FAMILIA-CENTRO

### **DESCRIPCIÓN**

Esta intervención debe ser realizada desde el propio centro involucrando al conjunto de profesionales que conforman el equipo de atención.

#### 1. *ACOMPAÑANDO EN EL INGRESO Y ACOGIENDO A LA FAMILIA*

##### **Objetivos**

- Facilitar la adaptación de las familias al centro
- Continuar ofreciendo apoyo desde la clave de la desculpabilización.
- Continuar con el ajuste de las expectativas sobre la atención que ofrece el centro.
- Intervenir precozmente ante los posibles conflictos iniciales.
- Afianzar la confianza de la familia en los profesionales del centro, reduciendo su inseguridad y temores sobre cómo va a ser ahora atendida la persona.

##### **Actuaciones a desarrollar**

Apoyo **psicológico** por parte de todo el equipo del centro trabajando mediante la escucha activa la expresión de sentimientos, la desculpabilización y la reestructuración cognitiva en torno a ideas, creencias y atribuciones sobre la vejez, las discapacidades, las residencias, el papel de las familias y de los profesionales.

Acompañamiento en el proceso de inicial adaptación, para ello se debe:

- Concretar el profesional de referencia del equipo de atención directa al que podrán dirigirse como principal contacto.
- El sistema de información/comunicación que garantice un seguimiento continuado durante el primer mes de estancia.
- Incluir a la familia en el **diseño inicial del plan individualizado** de atención de la persona en situación de dependencia.
- Consensual su colaboración inicial en algunas actividades (frecuencia de visitas, colaboración en algunos cuidados, acompañamiento al médico u otras gestiones, paseos por el barrio o por la ciudad).
- Intervenciones específicas ante dificultades detectadas o conflictos iniciales que pueden alterar la normal adaptación.
- Inicio de la formación y capacitación a través de sesiones grupales/talleres para nuevas familias. Incorporan contenidos relacionados con:
  - Desculpabilización y reestructuración cognitiva en torno a ideas, creencias y atribuciones sobre la vejez, las discapacidades, las residencias y el papel de la familia y de los profesionales.

- Anticipación de respuesta y capacitación ante cambios e incidentes no deseados: caídas, ingresos hospitalarios, pérdidas por desorientación, cuidado de la ropa.
- Mejora de la comunicación con su familiar en tiempos compartidos.

## **2. FACILITAR LA ADAPTACIÓN E INTEGRACIÓN DE LA FAMILIA EN LA VIDA DE LA RESIDENCIA**

### **Objetivos**

Intensificar la participación de los allegados en el plan de vida y de los cuidados de la persona en situación de dependencia para lograr la integración de las familias en el centro, tras el primer mes de ingreso hasta el final de la vida.

### **Actuaciones a desarrollar**

- Acciones que consoliden su participación en el Centro y colaboración en la atención a la persona.
- Concreción de su colaboración en la organización de actividades lúdicas.
- Acciones de formación a familias.
- Reuniones de intercambio de información.
- Seguimiento conjunto del Plan Individual.
- Participación en grupos.



## **8.6. ANEXO VI: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE CONFLICTOS**

Equipo multidisciplinar: Todos los trabajadores/as del establecimiento residencial.

Una residencia es un lugar en el que conviven personas. Un lugar en el que los residentes viven y en el que reciben atención.

Es normal que surjan discrepancias o discusiones con residentes, y/o familiares que pueden afectar a la forma en la que actúa la residencia.

### **1. Objetivo**

No es eliminarlos o evitarlos sistemáticamente, sino saber encauzarlos. Hay que aclarar que tampoco hay que buscarlos, ni crear ocasiones de que se den.

### **2. Procedimiento**

- Impedir que éstos puedan degenerar y convertirse en algo irremediable. Para ello es necesario que todos actuemos de forma positiva.
- La mayor parte de problemas que aparecen en una residencia tienen como causa la falta de comunicación. Por eso, para empezar, hay que esforzarse porque la existencia del problema llegue a quien pueda resolverlo.
- Dependiendo del conflicto se trasladará a quien proceda: Director, Responsable, Médico, Enfermero/a, Trabajador social etc.
- Cuando, a pesar del intento, hablar no resuelve el problema, se puede acudir a mecanismos más complejos: todas las residencias deben disponer de hojas de reclamaciones normalizadas
- que se deben de entregar si las solicitan
- Como último recurso, cuando se considere que el problema puede suponer un incumplimiento de la normativa del centro se pondrá en conocimiento de la gerencia del ERA.

### **3. Garantía de calidad**

- Registro de conflictos / resultados
- Existencia de hoja de reclamaciones
- Existencia de buzones de sugerencias en los que depositar, quejas, observaciones e ideas.

## 8.7. ANEXO VII: PROTOCOLO DE INVENTARIO

### **PROTOCOLO DE DILIGENCIA DE RETIRADA DE OBJETOS PERSONALES (sin familiares)**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ ante \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
en calidad de (Director, Trabajador social), se procede a retirar los siguientes bienes  
personales del/la finada D/Dña. \_\_\_\_\_  
fallecido/a el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Y para que conste y surta los efectos oportunos firman la presente en lugar y fecha del encabezamiento

Fdo. (Trabajador residencia)

Fdo. (Trabajador residencia)

En los casos de personas incapacitadas, salvo disposición en contrario del juzgado los muebles y enseres de escaso valor (ropa, calzado, silla ruedas, cojines pélvicos, etc.) quedarán en la residencia para su uso por el resto de los residentes.

**PROTOCOLO DE DILIGENCIA DE RETIRADA DE OBJETOS PERSONALES (con familiares)**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ ante \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
en calidad de (Director, Trabajador social), comparece D/Dña. \_\_\_\_\_  
provisto de D.N.I. \_\_\_\_\_ en su calidad de \_\_\_\_\_ (grado de parentesco)  
del residente fallecido/a D/Dña. \_\_\_\_\_ y procede  
a retirar los siguientes bienes personales del/la finado/a:

Y para que conste y surta los efectos oportunos firman la presente en lugar y fecha del encabezamiento

Fdo. (Trabajador residencia)

Fdo. (Familiar que retira los bienes)

La posesión por parte del familiar y eventual heredero de los bienes del fallecido supone una aceptación tácita de la herencia, con lo que la posible deuda que el finado haya generado con la administración por su estancia en una plaza residencial pública es asumida por el mismo.