



# **UNIVERSIDAD DE OVIEDO**

Facultad de Comercio, Turismo y Ciencias Sociales Jovellanos

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

### **LA NECESIDAD DE UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA PERSONAS MAYORES**

**AUTORA: Ayla Suarez Leiva**

Gijón, 9 de noviembre de 2023

## **RESUMEN**

El presente texto supone un análisis del contexto actual del ámbito residencial para personas de tercera edad en España. Se destacan diferentes ventajas de los centros residenciales como espacios diseñados para necesidades específicas, redes sociales, cercanía de recursos y autonomía personal. Sin embargo, también presentan limitaciones como falta de atención personalizada, medidas coercitivas, pérdida de intimidad y una vida potencialmente más corta.

Se sugiere un nuevo modelo centrado en la autonomía, bienestar emocional y adaptación a las necesidades individuales, además de la integración en la comunidad. El escenario ideal trata de buscar un modelo institucional más flexible, cambiar la concepción social de la vejez y crear políticas específicas para grupos de edad y de género. Destaca especialmente la vivienda colaborativa como una alternativa emocionante que permite a las personas mayores elegir cómo envejecer y mantener la autonomía. La idea es garantizar servicios universales de calidad para no comprometer los derechos fundamentales y el acceso a alternativas para las personas mayores.

La Atención Integral Centrada en la Persona juega un papel crucial en este proceso, por lo que la intención final de este trabajo es generar una postura reflexiva de cara a comparar el modelo actual con las nuevas propuestas, que avanzan a gran velocidad, a medida que lo hacen también las necesidades de la población.

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DEL TRABAJO FIN DE GRADO**

(de acuerdo con lo establecido en el artículo 8.3 del Acuerdo de 5 de marzo de 2020, del Consejo de Gobierno de la Universidad de Oviedo, por el que se aprueba el Reglamento sobre la asignatura Trabajo Fin de Grado de la Universidad de Oviedo)

D./D.<sup>a</sup> AYLA SUAREZ LEIVA, con DNI

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo Fin de Grado titulado “LA NECESIDAD DE UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA PERSONAS MAYORES”, que presento para su exposición y defensa, es original y he citado debidamente todas las fuentes de información utilizadas, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía.

En Gijón, a 9 de noviembre de 2023

Firmado: AYLA SUAREZ LEIVA

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>Pág. 4</b>
<b>2. ¿CÓMO SURGEN LAS RESIDENCIAS? .....</b>	<b>Pág. 6</b>
2.1. <b>MARCO LEGAL REGULADOR DE RESIDENCIAS EN ESPAÑA.....</b>	<b>Pág. 8</b>
<b>3. EL CONTEXTO ACTUAL DE LAS RESIDENCIAS EN ESPAÑA: BENEFICIOS Y LIMITACIONES PARA LA TERCERA EDAD.....</b>	<b>Pág. 9</b>
<b>4. NUEVAS ALTERNATIVAS AL MODELO ACTUAL.....</b>	<b>Pág. 17</b>
<b>5. CONCLUSIONES.....</b>	<b>Pág. 29</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>Pág. 32</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>Pág. 36</b>
<b>ANEXO I: TABLA SOBRE MODELO DE CALIDAD DE VIDA...PÁG.</b>	<b>36</b>
<b>ANEXO II: TABLA DE DIFERENCIAS ENTRE PLANIFICACIÓN INDIVIDUAL CLÁSICA Y PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA.....</b>	<b>PÁG. 40</b>

# 1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo presenta un análisis del actual modelo residencial que mayormente se ocupa del sector poblacional de la tercera edad en España, el cual se encuentra ante un envejecimiento significativo provocado por las bajas tasas de natalidad y el aumento de la esperanza de vida. Esta situación aumenta la necesidad de que los recursos públicos disponibles para la tercera edad se dirijan con precisión a las carencias y problemas sociales que este sector de población presenta.

Como trabajadora social considero que en mi ámbito profesional se debe promover el envejecimiento activo como concepto principal en la intervención social en cuanto a tercera edad y dependencia se refiere.

El término "envejecimiento activo" hace referencia a la práctica de continuar la participación activa en la vida a medida que envejecemos con el objetivo de mantener un bienestar físico, mental y social.

La idea del envejecimiento activo fue promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022) y se basa en que el envejecimiento no debe verse como una etapa inevitable de declive, sino como una oportunidad para seguir creciendo y desarrollándonos. Según la OMS se basa en conservar una buena salud física; mantener un estilo de vida saludable, que incluye una alimentación equilibrada, una actividad física frecuente, y evitar conductas nocivas como el tabaquismo o el consumo excesivo de alcohol.

Además, exige mantener un control regular de la salud y buscar tratamiento médico según sea necesario. También se basa en el cuidado de la salud mental, en mantener una mente curiosa, abierta y estimulada a través de actividades como la lectura, el aprendizaje continuo, los juegos mentales y la adquisición de nuevas habilidades.

Siendo crucial crear conexiones sociales y emocionales saludables, así como combatir el estrés y cuidar el bienestar emocional. Igual de importante que la salud es la participación social y política en actividades sociales y comunitarias, voluntariados, unirse a grupos de interés, asistir a eventos culturales o mantenerse en contacto con amigos y familiares ya que la participación social promueve un sentido de pertenencia y propósito de vida.

Por último, la seguridad y la autonomía son cruciales para promover un entorno seguro hecho a medida para las necesidades de las personas mayores. Esto puede implicar

realizar cambios estructurales o de accesibilidad en el hogar para poder garantizar la seguridad del entorno físico. A esto podemos añadir que se refuerza el mantenimiento de la autonomía y las habilidades de toma de decisiones de la vida propia. (Alonso, 2010).

A pesar de que una premisa muy importante del envejecimiento activo es envejecer en el propio hogar de manera saludable lo máximo posible, hay un porcentaje de casos donde surge la esperada o repentina necesidad de residir en un lugar donde se reciba una atención continua y/o especializada.

Los centros residenciales para la tercera edad son un espacio donde cuidar y atender a toda aquella persona que no se valga por sí misma. Es cierto que suponen uno de los principales apoyos para personas que, padeciendo enfermedades crónicas e invalidantes, ya no pueden caminar, relacionarse plenamente con las demás o realizar el resto de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) sin embargo, también deben ser un entorno donde envejecer activa y positivamente, donde ejercitarse de manera tanto mental como física, y que permitan mantener una vida social activa relacionándose con otras personas.

Debido a las largas listas de espera, la falta de plazas libres o las lejanas localizaciones de algunos centros, las instituciones residenciales para la tercera edad no son la primera ni la segunda opción de la mayoría de las personas españolas o de sus familias.

Las plazas están continuamente completas y el tiempo de espera para la solicitud de dependencia, que aportaría rapidez para optar a la residencia en sí, se encontraba superando los once meses en el año 2022, según datos extraídos de *El País*, por lo que el acceso a los centros se vuelve complejo y tedioso.

También es conocido que, lejos de ser concebidas como un hogar, muchas residencias juegan un papel de internamiento y exclusión siendo un lugar donde comer, dormir y sentarse en una silla a esperar que el día pase.

Diversos relatos de personas usuarias manifiestan desde hace tiempo de tratos despersonalizados y sistemáticos, conductas negativas o peyorativas hacia el anciano, medidas coercitivas o el simple desgaste emocional, físico y mental que supone vivir allí.

A pesar de ello, las residencias son un excelente medio para crear un marco de envejecimiento activo que promueva un estilo de vida marcado por un bienestar social y de salud durante el mayor tiempo posible.

Se trata de unos espacios provistos de recursos que se pueden utilizar más allá de la atención y la asistencia sanitarias. Se pueden utilizar como una red de apoyo social, ocio y participación colectiva con la que abordar la problemática de una población envejecida que responde a una imagen pública peyorativa y rebajada a la dependencia.

Deben estar en constante evolución para adaptarse a una sociedad también en constante evolución. Por lo tanto, los cambios y reformas no sobran en un sistema de bienestar que nunca llega a ajustarse del todo a las necesidades de la población.

## **2. ¿CÓMO SURGEN LAS RESIDENCIAS?**

Barenys (1993) establece que las residencias surgieron, a inicios de la edad moderna, para paliar problemas individuales, pero también un problema global como es la exclusión social del envejecimiento y, en el momento en el que surgieron, sirvieron también para paliar la mendicidad.

Se alimentaba la idea de someter a confinamiento a muchas personas que no encajaban con el perfil proactivo de vida, por lo que se contribuía al internamiento como solución rápida para separar la marginalidad en la nueva era social. Por lo tanto, el concepto de residencia aparece en el momento oportuno de la historia en el que los valores católicos cambian frente a la reforma protestante. Momento en el que muchos de esos valores tradicionalmente cristianos adquieren la condición de laicos. Esto viene influenciado en gran medida por la concepción de la caridad, devolviendo a la sociedad desde la iglesia la responsabilidad de ayudar a quien lo necesitase. Nace, entonces, la idea de albergar en un único espacio y de una manera organizada a grandes grupos de personas que por sus condiciones vitales requerían de un sitio para dormir y comer u otras necesidades asistenciales.

Es por ello que las residencias y asilos de la tercera edad se consideraron uno de los grandes movimientos sociales, no sólo por su valor para atender directamente las necesidades de cada individuo, sino también porque abordaban el problema mayor de la situación de exclusión que vive la población de la tercera edad.

En *“Las Residencias de Ancianos y su Significado Sociológico”* (1992) Barenys describe las siguientes causas de la institucionalización: interrelación de 3 variables citando a Tobin y Lieberman (1976):

1. Creciente deterioro físico
2. Incapacidad o falta de voluntad de las personas de su entorno de cuidar de la persona
3. Falta de apoyo comunitario que mantenga la vida independiente

Por otro lado, se aprecia que la aparición de los centros residenciales se debe a la oleada de cambios sociales, culturales y/o demográficos que acompañan al siglo XXI. La población de tercera edad aumenta en número por la baja tasa de natalidad y el ascenso de la esperanza de vida; y a medida que las estructuras familiares cambian y los cuidados se vuelen más específicos, proporcionar una atención integral en casa se vuelve una tarea cada vez más compleja.

Por lo tanto, este tipo de instituciones ofrecen seguridad y unos cuidados mínimos al individuo, acceso rápido a atención y servicios médicos y proporcionar el respiro que necesitan las familias como cuidadoras informales.

En los últimos tiempos, se ha observado una evolución significativa en la percepción y enfoque del cuidado y asistencia de las personas mayores. Cada vez se reconoce más como un deber social fundamental y un derecho indiscutible para cualquier individuo que requiera este tipo de apoyo.

Esta transformación se ha producido gracias a una mayor conciencia de la importancia de brindar un cuidado digno y respetuoso a las personas de la tercera edad. La sociedad ha comenzado a comprender que el envejecimiento es una etapa natural de la vida y que, en muchas ocasiones, los ancianos necesitan asistencia para llevar una vida plena y satisfactoria.

En este contexto, se han promovido políticas y legislaciones que respaldan y protegen los derechos de los adultos mayores, garantizando su acceso a servicios de calidad en materia de atención médica, cuidado personal, apoyo emocional y socialización. Además, se ha fomentado una mentalidad de respeto y empatía hacia los ancianos, reconociendo su experiencia y sabiduría acumulada como un valioso activo para la sociedad en general.

Este cambio de perspectiva también ha llevado a un aumento en la diversidad de opciones de cuidado disponibles. Además de los tradicionales centros residenciales, se han desarrollado alternativas como el cuidado en el hogar, programas de envejecimiento activo y comunitario, y el fomento de la autonomía y la participación de los ancianos en la toma de decisiones relacionadas con su propio cuidado.



Básicamente, se ha producido una evolución importante en la forma en que se concibe el cuidado y asistencia de los ancianos. Ahora se reconoce como un deber social y un derecho inalienable, promoviendo una atención respetuosa y de calidad que garantice una vida digna y plena para todas las personas mayores que lo necesiten.

Actualmente, podemos identificar los siguientes tipos de **recursos residenciales** disponibles para la tercera edad (Rodríguez, 2013, pg. 27)

- Residencias: Son centros gerontológicos abiertos, de desarrollo personal y atención sociosanitaria interdisciplinar, en los que viven temporal o permanentemente personas mayores en situación de fragilidad psicosocial o dependencia.
- Apartamentos Residenciales: Son centros de alojamiento para personas mayores en situación de fragilidad psicosocial, constituidos por pequeñas viviendas independientes donde la persona puede vivir sola o con un grupo familiar reducido sin necesidad de apoyos intensos.
- Centros Polivalentes de Recursos: Son recursos de carácter mixto, en los que podrán integrarse dependencias propias de los centros de alojamiento, apartamentos, pequeñas unidades de convivencia y/o centros de día para personas mayores en situación de fragilidad psicosocial o dependencia y que prestan atención a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales.

## **2.1. MARCO LEGAL REGULADOR DE RESIDENCIAS EN ESPAÑA**

En cuanto al marco legislativo que pone en marcha el funcionamiento residencial en España, nos encontramos que son las respectivas comunidades autónomas las que marcan las leyes a aplicar.

En Asturias encontramos con una regulación de lo residencial que viene recogida, esencialmente en:

- La Ley 7/1991, de 5 de abril de Asistencia y Protección al Anciano
- La Ley del Principado de Asturias 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales
- La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica,

- La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

En cuanto a la normativa para la autorización de residencias de personas mayores en Asturias, es importante mencionar:

- El Decreto 59/2017, de Asturias, de 9 de agosto, por el que se establece el Régimen de Participación Económica en el Coste del Servicio de Atención Residencial de las Personas Mayores y
- El Decreto 43/2011, de 17 de mayo de autorización acreditación, registro e inspección de servicios sociales.

Por último, el Decreto 17/1999, de 25 de marzo, que incorpora el Estatuto Básico para los centros residenciales del ERA (Establecimiento Residencial para Ancianos), en el que se establecen los derechos y deberes de los residentes que deben ser considerados en conjunción con la normativa autonómica específica aplicable a las personas mayores.

### **3. EL CONTEXTO ACTUAL:**

A partir de los años 80 y a consecuencia de las informaciones recogidas en los medios de comunicación, que difundían una imagen perjudicial de las residencias, aparecen las primeras críticas hacia el funcionamiento de las instituciones para ancianos, el deseo de envejecer en casa llegó al marco de políticas sociales, las cuales se dirigían expresamente hacia esa premisa. Por lo que las intervenciones se enfocaban hacia la mejora y recuperación en casa, la ayuda a domicilio o el apoyo familiar y comunitario. (Gómez, 2014).

Hoy en día los centros residenciales aún no representan la vida que la población de tercera edad espera encontrar en dicho recurso. Al abrir los periódicos es más que común encontrarse titulares sobre residencias destacando la mala gestión, las malas condiciones de trabajo, las infraestructuras que se asimilan más a un hospital que a un hogar, además de la exagerada burocratización que esconde la mala praxis de muchos procedimientos.

Las quejas sobre el funcionamiento de dichas instituciones son interminables ya que no parece que el sistema recoja las necesidades reales del sector poblacional al que

se dirige, sino que puede parecer un sistema con el objetivo de ocuparse del mayor número de personas posible con la cantidad y calidad mínima de recursos disponibles. De esa manera, la confianza que las familias tienen en las instituciones es muy poca y el desconcierto de los mayores aumenta cada vez más.

En términos generales, son instituciones que responden a la norma social acumulación y contención de casos, y como la vejez no se considera un proceso productivo, sino todo lo contrario, no se promueve la vida activa o el ocio como herramientas para una experiencia saludable de la tercera edad.

Es más, se observa un sistema que, siguiendo el estereotipo de población no activa, anima a las personas de tercera edad a encajar en la etiqueta, promocionando un cuidado deteriorado y generando una indefensión aprendida. De esa manera sólo son personas pasivas que se pueden atender mediante un cuidado sistemático y que no oponen resistencia al control. Entendemos el control en este contexto como una herramienta de organización. A través de la rutina marcada con estrictos horarios para comer o a través del control de los accesos al edificio y también el control de la entrada de los familiares.

Por mucho que las instituciones residenciales actuales respondan a la política de bienestar social, se sigue cometiendo el error de aislar a un sector que ya se encuentra marginado de por sí. Por lo tanto, no se afronta el compromiso real de atender íntegramente sus necesidades.

Barenys subraya que “Toda institución es un reflejo de la sociedad que la ha alumbrado” (1992), por lo que los grandes cambios sociales de las últimas décadas han tenido mucho que ver: el cambio en la composición de las familias; la división industrial del trabajo; las nuevas formas de movilidad urbana y rural; el valor capitalista que destaca la juventud por encima de la vejez; el incremento de la esperanza de vida y de situaciones de dependencia; el cambio de rol de las mujeres dentro de la sociedad; el creciente complejidad de la sociedad (globalización y nuevas tecnologías); los nuevos derechos civiles y sociales (más profundización en la igualdad de oportunidades); el incremento del nivel de estudios de la población que genera individualización y pensamiento crítico ola crisis global en las políticas sociales. (Rodríguez, 2013, pg. 7)

Nos encontramos, pues, con unas instituciones que suponen un espacio de atención especializada para la tercera edad, incluso especializada en cuidados sanitarios o

paliativos; un espacio que proporciona seguridad y habitabilidad; pero no ante un espacio que brinda el desarrollo de la autonomía personal y la interacción social entre los residentes.

No obstante, existen centros residenciales que se localizan en pleno centro de las ciudades o sus periferias, ayudando a las personas mayores capaces de valerse por sí mismas a mantenerse en contacto cercano, no sólo con su familia y amistades, sino con los recursos que proporcionan las ciudades, ya sean centros de ocio y cultura, bares y cafeterías, peluquerías, servicios sanitarios de atención primaria, centros comerciales, parques públicos, etc.

También existen residencias en las zonas rurales que pueden proveer un correcto descanso a quienes lo necesiten; en un entorno lejos de la contaminación acústica y del aire, propias de las zonas urbanas. Pero visto desde otro ángulo esto supone que los residentes de los centros están completamente apartados de la civilización activa. Tan apartados que las zonas rurales en las que se encuentran ni siquiera cuentan con un funcionamiento regular del transporte público para que los mayores puedan utilizarlo a libre disposición y para que sus allegados puedan visitarles.

Ello contribuye actualmente a apartar aún más a un sector que ya está en situación de exclusión social. El envejecimiento activo no se lleva a cabo si alejamos del núcleo productivo de la sociedad a las personas mayores. Ello sólo contribuye a perpetuar el estigma de que no son parte útil de la sociedad.

Uno de los estereotipos más comunes es considerar a las personas mayores como personas frágiles, dependientes y menos capaces en comparación con las más jóvenes. Esta percepción errónea puede llevar a que se les subestime o se les excluya de determinadas actividades o roles sociales.

Además, se les puede tratar como un grupo homogéneo, sin tener en cuenta su diversidad de experiencias, conocimientos y habilidades. El estigma también puede manifestarse a través de actitudes negativas y prejuicios. Se les puede considerar como una carga para la sociedad, asociando la vejez con problemas de salud, deterioro cognitivo y una disminución en la productividad. Esta visión estereotipada puede llevar a la marginalización de los mayores y limitar sus oportunidades de participación activa en la sociedad.

Cabe mencionar el concepto de *Eutanasia Pasiva*, descrito por una lectora en *El País* (2023). Se refiere a la deshumanización de los procesos del sistema público, procesos cada vez más burocráticos e invadidos por las nuevas tecnologías:

*"eutanasia pasiva es que tengamos que pedir cita previa para todo. Eutanasia pasiva es que intentemos pedir esa cita previa por teléfono y nos conteste una máquina. Eutanasia pasiva es que te atropellen hablando como metralletas o empujando en las cajas de los supermercados sin darte tiempo a meter los productos en las bolsas. Eutanasia pasiva es que te recomienden que acudas con un hijo o nieto para que haga por ti lo que no entiendas o no seas capaz de hacer. Eutanasia pasiva es que te perdonen la vida por "pobre viejo" si te rebelas a esclavitudes absurdas, etc."*

Según la Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias, en la Guía de Buenas Prácticas el maltrato institucional surge más que habitualmente en las residencias cuando se ofrece una atención precaria, con falta de interés, violenta, humillante, etc. Desde la explotación económica del residente o el uso inadecuado de restricciones químicas, como sedantes hasta la infantilización y el uso de la culpabilidad (2009).

Otro aspecto del estigma social es la invisibilidad y falta de presencia en los medios de comunicación, la publicidad y otros ámbitos de la vida pública. Frente al peligro de que las residencias sirvan como instrumento de exclusión, debemos reconceptualizar la tercera edad y lo que supone envejecer hoy en día en la sociedad occidental y los medios son la herramienta clave para hacerlo. La publicidad se relaciona en gran medida con el envejecimiento, ya sea por los numerosos productos destinados a este grupo poblacional o por cómo se utilizan imágenes contrarias a la vejez para vender el progreso social y el avance tecnológico, así como perfiles de personas jóvenes e independientes.

Al final se perpetúa una imagen no realista de la vejez como algo negativo o indeseable, y se contribuye a la marginación y exclusión social de este grupo de edad. (Mora Tapia, 2021)

El estigma social de la tercera edad puede tener consecuencias negativas como afectar su autoestima, generar sentimientos de inseguridad y limitar su participación social. Así como dificultar el acceso a servicios de salud, empleo, vivienda y otras necesidades básicas. Es importante desafiar y superar estos estereotipos y prejuicios asociados a la tercera edad. Reconocer la diversidad, los logros y las contribuciones de las personas mayores en la sociedad es fundamental para promover la inclusión y la igualdad de oportunidades. Fomentar una actitud positiva hacia el envejecimiento, valorando y respetando a las personas mayores como miembros activos y valiosos de la comunidad, puede contribuir a reducir el estigma y construir una sociedad más inclusiva y respetuosa para todas las edades. (Haro, 2014)

Una gran limitación de los establecimientos residenciales para tercera edad en la actualidad es la falta de un trato personalizado. Fruto de la reglamentación colectiva, las normas que rigen la vida diaria en las residencias hacen que las personas deban adaptarse a los cuidados ofrecidos y no al revés.

Es cierto que el envejecimiento, como proceso, consta de unas características y síntomas comunes que se pueden recoger en un estándar de atención y cuidados. Sin embargo, eso no quita la necesidad de prestar atención a la singularidad de cada persona y a lo que le hace dependiente.

Teniendo en cuenta esto, Rodríguez (2013) estima que las actuales deficiencias del sistema de protección social son la fragmentación y la falta de coordinación entre los niveles asistenciales del sistema sanitario y de los servicios sociales; dificultades del sistema sanitario para adaptarse al cambio que significa pasar de “curar” a “cuidar” (por ejemplo para los cuidados paliativos); dificultades de los servicios sociales para proveer cuidados asistenciales; rigidez de las carteras de servicios y estandarización de los procedimientos de intervención social; normativa de servicios sociales que prima seguridad antes que libertad y calidad de vida (burocracia); un diferente grado de maduración de los sistemas y de la formación y desarrollo de sus profesionales.

Además de que se requiere un consenso y aceptación por parte de todos los agentes y actores implicados: “organizaciones de personas mayores, organizaciones de personas con discapacidad, organizaciones de familiares, administraciones públicas, legisladores, responsables de planificación y gestión, inspectores, proveedores de servicios, comunidad científica y profesionales de la intervención.” (Rodríguez, 2013, pg. 9)

Barenys nos habla de unas “justificaciones racionales” como medidas llevadas a cabo para reducir la incertidumbre de las personas y controlarlas con éxito. La autora utiliza de ejemplo las siguientes justificaciones:

*“las habitaciones no tienen llave para que no se encierren allí; no se les permite tener provisiones para que coman bien a sus horas y no desordenadamente; no se les permite salir solos para no sufrir accidentes; cuando salen llevan poco dinero para que no se lo roben o no lo malgasten; se les disuade de acudir al médico porque son personas maniáticas” (1992, pg. 132)*

Estas medidas se incluyen debido a la responsabilidad asumida por las instituciones de cuidar a las personas y ocuparse de su bienestar y calidad de vida. Pero al fin y al

cabo son directrices que condicionan de gran manera una vida y una rutina. Eso sumado a que los ancianos deben afrontar el cambio de rol que consiste en dejar de dirigir su vida y cuidar a los suyos, a que su vida diaria esté condicionada por cuatro paredes donde han de recibir órdenes.

Como bien indica Gómez Morales (2014), las consecuencias derivadas de residir en una residencia de ancianos no se limitan únicamente a la pérdida y alejamiento del entorno social y familiar habitual. Además de estos aspectos, los residentes suelen experimentar una serie de cambios y desafíos que afectan su bienestar emocional y su calidad vital.

Uno de los desafíos más significativos es la pérdida de control sobre su propia vida. Al trasladarse a una residencia, los ancianos a menudo deben adaptarse a una serie de normas y rutinas impuestas, lo que puede suponer un cambio drástico respecto a sus hábitos y costumbres previas. Esta adaptación forzada puede generar sentimientos de frustración, limitación y pérdida de autonomía y de autoestima. Además, el proceso de envejecimiento en un entorno institucional puede provocar sensaciones de soledad e impotencia.

A pesar de la presencia de personal de atención, la falta de vínculos sociales y la separación de sus seres queridos pueden generar sentimientos de aislamiento emocional y una disminución en la calidad de las relaciones interpersonales. También pueden experimentar una pérdida de identidad y una sensación de anulación del yo debido a la falta de oportunidades para expresarse y tomar decisiones que afecten su propia vida.

Otra consecuencia relevante es la homogeneización y despersonalización que a veces se produce dentro de las instituciones residenciales. Estas organizaciones, en un intento de administrar eficientemente el cuidado de los residentes, pueden utilizar métodos de trabajo que enfatizan la uniformidad y la estandarización. Esto puede llevar a una pérdida de la individualidad y una sensación de ser tratados como "casos" en lugar de seres humanos únicos con necesidades y preferencias distintas.

La pérdida de privacidad e intimidad es otra consecuencia significativa de la vida en residencia. Vivir en un entorno compartido con otras personas y personal de atención puede reducir la sensación de privacidad personal. Los espacios compartidos, la necesidad de cumplir con horarios y rutinas establecidas, y la falta de espacios personales pueden limitar la intimidad y afectar la sensación de bienestar de los residentes.

Una revisión de literatura realizada en 2012 por Bernaldo de Quirós, Crespo, et al. Estima que existen diversos factores que pueden facilitar o dificultar la calidad asistencial en el cuidado de los pacientes. Para promover una atención de calidad, es fundamental fomentar la independencia y autonomía de los pacientes, creando un ambiente social que se asemeje a su hogar, es importante brindar un cuidado global centrado en la persona, contando con personal capacitado y entrenado, y conociendo a fondo las necesidades y preferencias de cada paciente. Además de contar con recursos multidisciplinarios adecuados para fortalecer la calidad asistencial.

Por otro lado, factores como la falta de tiempo y la escasa participación del paciente en la toma de decisiones, la resistencia al cambio y la dependencia excesiva de rutinas establecidas pueden dificultar la calidad en el cuidado.

En general, el análisis de la literatura valora que la mayoría de los pacientes reciben un nivel adecuado de cuidado básico, pero la calidad del cuidado asistencial se ve afectada por diferentes factores, como el tamaño y tipo de planta, así como la proporción de personal disponible. Se ha observado una correlación negativa entre la calidad del cuidado asistencial y ciertas características del paciente, como un bajo nivel de funcionamiento cognitivo, dificultades en las actividades diarias y conductas agresivas.

Para mejorar la calidad del cuidado, es crucial fomentar la independencia y autonomía del paciente, proporcionar un entorno que se asemeje a un hogar, ofrecer un cuidado personalizado centrado en la persona y contar con personal capacitado y recursos multidisciplinarios adecuados.

Así, la falta de tiempo, la rutina y la resistencia al cambio por parte del personal, junto con la limitada participación del paciente en las decisiones, pueden perjudicar la calidad del cuidado. También se observan discrepancias entre la percepción de los pacientes y sus familiares, siendo estos últimos quienes tienden a expresar una mayor satisfacción, especialmente en lo relacionado con el cuidado asistencial y la alimentación.

Tampoco podemos olvidar la situación impuesta por la Covid-19, que ha generado en los centros residenciales dificultades para el acceso de medidas de protección, dificultades para contratar personal, los cambios constantes de protocolos, desconocimiento, incertidumbre, desinformación, restricciones para la libertad personal, las barreras comunicativas, la imagen devaluada de las residencias en los medios, mala coordinación entre instituciones y las pérdidas económicas.



Por otra parte, conviene tener en cuenta ciertos aspectos positivos que también ha conllevado la pandemia como la visibilización social de las carencias del sector del cuidado y la toma de conciencia de las personas responsables, la mejora de la intervención sanitaria en centros residenciales, el reconocimiento de los aspectos psicosociales en la salud, la puesta en valor del trabajo en equipo, el mayor reconocimiento laboral, el desarrollo de la creatividad y flexibilidad y de las nuevas tecnologías. (Rodríguez, 2013, pg. 43)

También es importante la ética a la hora de llevar a cabo el cuidado y atención de personas en situación de dependencia. Se tiende a utilizar técnicas de cuidado estandarizadas que buscan el mayor aprovechamiento posible del tiempo, cuando la atención debe ser cuidadosa y específica en función de cada persona, sus límites y sus fortalezas. De esta manera se analizan las capacidades de las personas para crear para ellas un ambiente eficiente para el desarrollo de su autonomía. Si no tenemos en cuenta estas bases, nos alejamos de potenciar la libertad y dignidad personal. Como desarrolla Bermejo en la Guía de Buenas Prácticas, la participación activa dentro de los centros residenciales es fundamental. Actividades significativas, un entorno que favorezca el encuentro, relaciones, conversaciones, espacios agradables que motiven a desarrollar la vida social. Trabajar con sus prejuicios, sus miedos, su autoestima y saber cómo entienden su rol de usuario. “Sólo un estilo de participación en el que exista posibilidad real de elección; garantiza los derechos y fomenta la Autonomía moral de las personas usuarias” (2009, pg. 62).

Con la participación de familiares se debe buscar la colaboración constructiva para evitar comentarios o conductas inadecuadas. También importa crear actividades beneficiosas para todas las personas participantes, de modo que no suponga un esfuerzo para las familias implicarse, sino que suponga un momento de ocio y descanso con sus familiares. Sin olvidarnos de mencionar el bienestar psicoafectivo y el rol de las redes de apoyo social, tanto externas como internas.

A pesar de la información facilitada por los diferentes estudios se aprecia la falta de literatura al respecto, las investigaciones vigentes son poco rigurosas y muestran resultados difusos sobre estos aspectos a considerar para mejorar el modelo actual.

## 4. NUEVAS ALTERNATIVAS AL MODELO ACTUAL

Tras analizar el modelo residencial actual sabemos que existe una creciente necesidad de un nuevo modelo para la tercera edad y/o personas dependientes que se ajuste a las demandas y preferencias actuales. Se necesita un enfoque dirigido a la independencia y autonomía de las personas, frente a un modelo tradicional de residencias que ha revelado defectos y obstáculos en cuanto a calidad de vida, autonomía, participación social y atención personalizada. Debemos empezar por crear espacios flexibles y adaptados donde la libertad de decisión y la participación activa se alcancen durante todas las actividades básicas de la vida diaria.

También es importante garantizar la calidad de vida y el bienestar emocional de los residentes. Esto implica ofrecer espacios agradables, estimulantes y seguros, donde puedan mantener relaciones sociales significativas, participar en actividades recreativas y culturales, y tener acceso a servicios de atención médica y de salud mental de calidad. Se debe tener en cuenta la diversidad de necesidades y preferencias de las personas mayores. Esto implica ofrecer opciones de vivienda flexibles, que se adapten a diferentes estilos de vida y preferencias individuales, como apartamentos independientes, viviendas compartidas o comunidades intergeneracionales.

La tendencia actual de formar nuevas tipologías de hogares para personas mayores surge debido al cambio demográfico y a la falta de cuidadores familiares disponibles. Estos nuevos hogares son seleccionados y planificados con anticipación, combinando la soledad con la vida en comunidad. Grupos de amigos o incluso desconocidos se unen, comprometiendo recursos económicos, tiempo y esfuerzo, con una visión clara de cómo desean ser cuidados y tratados en su vejez. Aunque hay una creciente desilusión hacia el mercado y el Estado en términos de cuidado, estas iniciativas ofrecen una propuesta emocionante para el futuro.

Las iniciativas emergentes, en este sentido, encuentran su origen en el modelo de la Atención Integral Centrada en la Persona (AICP). En base al texto de Rodríguez de 2013, ésta es “la que promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva” (pg. 74). Si hablamos de los referentes que conforman las bases que sustentan el modelo AICP, la autora destaca los siguientes como modelos y metodologías en vigor (pg. 16):

- El modelo de calidad de vida
- El enfoque de las capacidades que vincula la calidad de vida y el bienestar con la libertad de toma de decisiones
- El modelo del envejecimiento activo
- La planificación centrada en la persona con discapacidad
- La atención centrada en la persona con demencia
- La atención gerontológica centrada en la persona
- La atención integral sanitaria (continuidad y gestión del cuidado)
- Técnicas de acompañamiento y coordinación de servicios
- La metodología de gestión de casos aplicada a la complejidad asistencial desde el sistema sanitario
- El Housing, cuidado asistencial dentro de un contexto de hogar

Se pasa de un enfoque centrado en los servicios a uno centrado en la persona, liderado por dos variables imprescindibles que son la integralidad, basada en una atención que cuide todos los aspectos vitales (biomédicos, psicológicos, sociales y medioambientales) y una atención centrada en la persona, donde se tenga en cuenta su capacidad para tomar sus decisiones propias, así como sus gustos y preferencias.

La integralidad es necesaria para poder ofrecer el mejor cuidado posible, llegando a alcanzar una atención plena basada en la acción conjunta de todos los actores, sabiendo que se encuentran en relación constante entre sí. Por ello ha de contarse con un enfoque “global y diacrónico” (Rodríguez, 2013, pg. 26) que lleve consigo una evaluación y adecuación continua de la atención. “Flexibilidad para adaptarse a los diferentes contextos de la persona”.

La AICP busca tener en cuenta las preferencias y decisiones de la persona, tomando en consideración su participación activa en el proceso y poniendo en valor su autonomía. Es un enfoque basado en el desarrollo de la autonomía moral y el fomento de la independencia funcional aprovechando y reconociendo las capacidades personales. (Rodríguez, 2013)

Para entender mejor este nuevo enfoque, se muestra en el documento de Rodríguez una distinción entre la planificación individual clásica y la planificación centrada en la persona realizada por Ángeles López Fraguas et. all recogida en este trabajo dentro del Anexo II.

Dentro de las modalidades de alojamientos basados en la AICP se ofrecen Apartamentos con servicios y apoyos personalizados, apartamentos

multigeneracionales, viviendas tuteladas, viviendas autogestionadas con o sin apoyo técnico, unidades de convivencia y residencias tradicionales adaptadas.

Deben tener unas de diseño arquitectónico favorecedoras. Ubicación en el propio entorno comunitario de la persona, espacios abiertos y exteriores adaptados a diferentes contextos de ocio y descanso, cuidar el diseño del espacio, la iluminación, la accesibilidad; estimular la interacción social con el diseño, espacios que favorezcan el encuentro con la suficiente intimidad y comodidad, espacios que estimulen los sentidos y que cuiden de síntomas comunes en la tercera edad como es el vagabundeo de a la demencia.

También cabe destacar unas claves para la apertura del centro a la comunidad que amplían los beneficios sociales y económicos; servicios para no-residentes, servicios de respiro y formación para personas cuidadoras, servicios domiciliarios para personas con dependencia o discapacidad, formación para personas trabajadoras de los servicios sociales ajenas a la residencia, servicios abiertos al medio comunitario (tiendas, cafetería, exposiciones, etc.).

La autora muestra una tabla sobre modelo de calidad de vida definido por Robert Shallock y Miguel Ángel Verdugo donde nos muestran las diferentes dimensiones que definen la calidad de vida de una persona y sus correspondientes indicadores: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Recogida en el presente trabajo en el Anexo I.

Para Rodríguez “el propósito común de los nuevos modelos [...] no sólo consiste en la personalización de los cuidados; requiere de dinámicas que estimulen y fomenten la sensación de control del medio y de las actividades de la vida cotidiana, de la intervención de los espacios y de la generación de ambientes que produzcan bienestar, faciliten la independencia y posibiliten las acciones sociales, lúdicas y afectivas tanto dentro como fuera de los centros” (2013, pg. 93)

Sería deseable poner en hazla el concepto de *desinstitucionalización*, que supone la raíz de las nuevas iniciativas estatales. En el ámbito de los servicios y políticas de bienestar, se utiliza el término "institucionalización" para referirse a modelos de atención en los que las personas son alojadas y tratadas de forma colectiva, limitando su libertad, autodeterminación y relaciones personales de manera notable e inadecuada. Por otro lado, la "desinstitucionalización" se refiere al proceso mediante el cual las personas abandonan este tipo de modelos para recibir atención personalizada

que fomente su autonomía, empoderamiento y participación en relaciones comunitarias según sus deseos. (González, Traveser et al., 1999).

Existe una estrategia diseñada por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 con la financiación de los fondos Next Generation y el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia que beneficia a aquellos colectivos más vulnerables en cuanto a apoyos y dependencia, colectivos que se encuentren afectados por la institucionalización: tercera edad, discapacidad, infancia y juventud, sinhogarismo, etc.

Se busca que cada persona tenga la capacidad de elegir y vivir una vida que se ajuste a su estilo y proyecto de vida individual. Es fundamental que se cubran las necesidades básicas para vivir una vida plena. Esto implica satisfacer no solo las necesidades físicas, sino también las necesidades emocionales de seguridad, amor y respeto. Además, es necesario crear comunidades y entornos familiares que respeten la diversidad de cada persona, sean accesibles y estén adaptados a sus necesidades individuales.

La estrategia tiene el objetivo de transformar la cultura de atención hacia las personas que requieren apoyos, adoptando un enfoque personalizado, comunitario y basado en los derechos. Mejorar y transformar los centros y servicios existentes, fomentando la creación de recursos residenciales más pequeños que se asemejen a un hogar, respetando la dignidad y privacidad de las personas. Por último, garantizar la accesibilidad de las viviendas, los vecindarios y los medios de transporte donde las personas viven. Asimismo, se deben mejorar las políticas de apoyo y cuidado, asegurando una atención personalizada, continua, integral y coordinada.

En Castilla y León ya está en marcha un modelo acogedor, manteniendo sus hobbies y valores en un entorno donde se sientan seguras, acogidas y cómodas. La residencia se construye en base a las necesidades de la persona aplicando el modelo de atención centrada en la persona, que busca mejorar la calidad de vida y promocionar la individualidad, la intimidad y el empoderamiento. El proyecto se ha titulado “*En Mi Casa*” y consiste en unidades de convivencia con cocina, comedor y habitaciones individuales para 16 personas y tanto las comidas como las actividades llevadas a cabo están personalizadas. Los familiares que vienen de visita también guardan relación con los demás residentes, refieren que se siente como una familia. Pueden vivir su vida con las costumbres de siempre ya que viven en una casa y no en un edificio colectivo con mucha gente y poca atención. No hay horario de visita, pueden ir cuando quieran, puertas abiertas, actividades colectivas (comidas, meriendas, etc).

Hay necesidades de identidad y personalidad, de ser escuchados. Las trabajadoras dicen sentirse mucho más cómodas siendo una manera de trabajar más satisfactoria.

La historia de vida se utiliza como una herramienta fundamental del proyecto para atender y cuidar de las personas, escuchar activamente su relato permite encontrar herramientas para dar una atención totalmente centrada en la persona. Se crea un proyecto de vida para que la persona tenga motivación, ilusiones, cumpla metas y objetivos, promoviendo, también, complicidad entre residente y personal.

Otra residencia en Barcelona, utilizando el modelo escandinavo, funciona mediante unidades simétricas de convivencia de 16 personas con una unidad de control central desde la que se ven las dos unidades simultáneamente. Bizkaia también cuenta con un proyecto para humanizar las residencias que se ha puesto en marcha con una experiencia piloto de unidad convivencial para 11 personas. Bajo el nombre de *Barrika Barri* esta iniciativa supone un reto profesional ya que exige una mayor implicación personal por parte de las trabajadoras.

En Suecia se encuentra la comunidad *Sällbo*, llevada a cabo por la empresa municipal de vivienda, donde se fomenta la convivencia intergeneracional entre mayores y jóvenes que, tras la pandemia, atravesaban un mismo momento de soledad, aislamiento y falta de vínculos sociales. De esa manera comparten sus vivencias, aprendiendo constantemente unos de otros. El proyecto se originó con la crisis europea de refugiados en la que miles de jóvenes se vieron forzados a abandonar sus hogares, las viviendas, que ejercen ahora de alquiler social, han supuesto un gran apoyo y auxilio para ellos. Los mayores accedieron a albergar a personas que lo necesitaran y desde entonces la experiencia ha sido un éxito.

El aislamiento y la incomunicación son problemas comunes que se pueden observar en algunas residencias de ancianos. Las personas con un estado de salud frágil a menudo se encuentran sin ocupación durante todo el día, lo que puede generar un ambiente aburrido y depresivo. Para abordar esta situación, es fundamental implementar medidas que fomenten la participación activa y la conexión social. Una de las formas de combatirlo es proporcionando espacios al aire libre, como zonas verdes, dentro del establecimiento. Estos espacios brindan la oportunidad de pasear, disfrutar de la naturaleza y realizar actividades al aire libre, lo que contribuye a mejorar el bienestar físico y emocional de los residentes. Estar en contacto con la naturaleza y respirar aire fresco puede ayudar a aliviar el estrés, promover la relajación y estimular la vitalidad.

Además, es fundamental implementar actividades programadas y variadas que se adapten a los intereses y capacidades de los residentes. Es importante alejarse de las actividades pasivas, como simplemente ver o escuchar, y fomentar la participación activa. Las actividades significativas, como talleres de arte, música, ejercicio físico, terapia ocupacional o grupos de discusión pueden tener un impacto positivo en múltiples aspectos.

Participar en actividades significativas puede mejorar la autoestima de los residentes al establecer metas y objetivos alcanzables y cumplirlos. Esto les brinda un sentido de logro y satisfacción personal. Además, promueve una mayor actividad física, estimula la curiosidad y el interés por aprender y mantenerse activo. Los residentes pueden comenzar a preocuparse más por su higiene personal y su imagen, lo que contribuye a su bienestar general. La implementación de actividades facilita la creación de vínculos y mejora las relaciones entre las personas que conviven en los centros residenciales. Compartir experiencias y trabajar conjuntamente en actividades colaborativas fomenta la interacción social, la comunicación y el apoyo mutuo. Estos vínculos sociales fortalecidos pueden contribuir a un sentido de comunidad y pertenencia, contrarrestando el aislamiento y la soledad.

En general, una amplia variedad de actividades significativas puede tener un impacto positivo en la salud física, psicológica y social de los residentes en las residencias de ancianos. Es fundamental diseñar programas que promuevan la participación activa, el cumplimiento de metas y objetivos, la estimulación cognitiva y la interacción social. De esta manera, se puede mejorar significativamente la calidad de vida de los residentes y crear un ambiente enriquecedor y estimulante dentro de las residencias.

Gracias a la cooperativa *Villa Rosita* se está construyendo una comunidad jubilar basada en el modelo *cohousing* con el que todos los convivientes refieren haber mejorado notablemente su calidad de vida. Se busca un “entorno dinámico, colaborativo y autogestionado” además de que los pagos se afrontarían conjuntamente para que la carga económica sea menor. A nivel social, los espacios jubilares facilitan que los mayores conserven su independencia, les aporta seguridad e interacción social y les permite tener apoyos comunitarios de forma accesible para reforzar su salud mental. Es necesario tener buena salud y capacidad de autonomía para ingresar en la cooperativa. En caso contrario o de deterioro de la salud de una persona, cuentan con la alternativa “*Convivir*”, un *cohousing* en Cuenca operativo desde 2015. Donde residen personas con menor capacidad de autonomía y/o un deterioro de salud que cuentan con apoyos de personal sociosanitario y gerocultores.

Las viviendas colaborativas permiten a las personas mayores mantener su autonomía, tomar decisiones sobre su vejez, invertir en su bienestar y asumir la responsabilidad de la gestión y los servicios. Estas iniciativas también tienen un valor social al fomentar la autoorganización y la construcción de redes comunitarias, además de contribuir a la recuperación de espacios urbanos y la repoblación rural. Aunque parecen tener muchas ventajas, desde la perspectiva de garantizar los derechos establecidos por la ley de dependencia, el rol del Estado no está claro.

Existen diferencias significativas entre ampliar y mejorar los servicios universales y otorgar subvenciones a iniciativas privadas. Si el Estado decide apoyar estas iniciativas en lugar de mejorar los centros públicos, puede descuidar su responsabilidad de garantizar los derechos fundamentales para todos, privilegiando a aquellos que ya tienen recursos y deteriorando la calidad de los servicios para quienes no tienen otras opciones. (Santiago, 2023)

En resumen, la vivienda colaborativa para personas mayores ofrece beneficios económicos, sociales y sanitarios. Desde el aspecto económico, este modelo evita la especulación inmobiliaria y permite a los inquilinos compartir los costos de vivienda conjuntamente. Socialmente, este tipo de espacios promueven la independencia, seguridad e interacción social de los mayores, proporcionando apoyos comunitarios accesibles y mejorando la salud mental. Se busca evitar la institucionalización, permitiendo a los residentes mantener su independencia y tomar decisiones, como la organización de las comidas, de forma individual. En cuanto a la asistencia, se busca un modelo digno centrado en la persona, respetando sus decisiones y autonomía sanitaria.

Es importante destacar que el funcionamiento exitoso de estos proyectos depende de la colaboración y democracia entre los residentes. Sin embargo, la inversión financiera requerida puede limitar el acceso a este modelo, lo que plantea desafíos para hacerlo más inclusivo y accesible para un sector más amplio de la sociedad. (Galaup, 2023)

El enfoque centrado en la persona reconoce la importancia de conocer y respetar la historia, los intereses, las habilidades y las necesidades únicas de cada residente. Esto implica personalizar los servicios de atención y cuidado, involucrando a los residentes en la toma de decisiones y respetando su dignidad y autonomía. También ha de ser un modelo sostenible y estar integrado en la comunidad. Esto implica fomentar la interacción y la colaboración entre los residentes y la comunidad circundante, promoviendo la participación en actividades intergeneracionales y el acceso a servicios y recursos comunitarios.



Con todo esto, el gobierno ha propuesto una reforma del modelo de residencias y atención a la dependencia en colaboración con las comunidades autónomas, a llevar a cabo desde el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

El modelo se caracterizará por tener como premisas principales algunos conceptos que ya hemos visto en este trabajo: un límite máximo de plazas para los residentes, lograr un ambiente hogareño protagonizado por unidades de convivencia, la promoción del derecho a la intimidad, el fin del uso de las sujeciones para la práctica sanitaria y residencial y con él, la actualización de las condiciones laborales del personal; en resumen, acabar con las macro residencias (La Sexta, 2022).

Es un modelo que busca ofrecer un trato más personalizado a los residentes, reduciendo el número de plazas en los centros de mayores y aumentando el número de empleados. Las nuevas residencias que se construyan no podrán tener más de 75 plazas en zonas rurales, 90 plazas en localidades de densidad intermedia y 120 plazas en circunstancias excepcionales. Además, se requiere que el 80% de los contratos sean indefinidos y el 66% sean a tiempo completo, mejorando así las condiciones laborales del personal de atención directa.

El nuevo modelo también garantizará planes personalizados de atención para cada residente, que incluirán sus preferencias y voluntades. Se promueve en él una atención libre de sujeciones y coerciones, involucrando a la familia y personas allegadas en los cuidados. Se buscará aumentar el número de habitaciones individuales en los nuevos centros y establecer centros de día cercanos a la residencia habitual. En cuanto a la formación, los directores de los centros de mayores deberán tener titulación universitaria y formación especializada. Aquellos que ya ocupaban ese cargo sin dicha formación deberán acreditar cinco años de experiencia en el sector (RTVE, 2022). Esto nos remite a la importancia de una buena salud y seguridad laboral. Los empleados deben recibir capacitación adecuada sobre cómo manejar a los residentes, cómo levantar y mover a las personas con seguridad, y cómo prevenir lesiones relacionadas con el trabajo.

Un estudio realizado en 2016 sobre el estrés y la satisfacción laboral en profesionales del cuidado gerontológico muestra que la experiencia laboral se ve afectada por un proceso patogénico de afectividad negativa, mal estado laboral, reglas de exhibición negativas, control del trabajo y altas demandas laborales. (Rouxel, Michinov y Dodeler, 2016)

El estrés laboral puede surgir debido a diversos factores, como la responsabilidad de cuidar de personas frágiles, las demandas físicas del trabajo, la carga emocional de

presenciar el deterioro de la salud de los residentes o lidiar con situaciones difíciles, y la presión de cumplir con las expectativas y estándares de calidad de atención. La carga de trabajo puede ser un desafío significativo. Los trabajadores de las residencias de ancianos a menudo tienen una alta relación de residentes a personal, lo que significa que deben atender a múltiples personas con diferentes necesidades al mismo tiempo.

Esto puede llevar a una falta de tiempo suficiente para brindar una atención personalizada y de calidad a cada residente, lo cual puede generar un mayor estrés y afectar la satisfacción laboral. Esto no solo tiene consecuencias negativas para los trabajadores, también para los residentes. En términos de los trabajadores, puede resultar en agotamiento físico y emocional, falta de satisfacción laboral, disminución de la motivación y aumento del riesgo de enfermedades mentales, como la ansiedad y la depresión. Además, puede llevar a una mayor rotación del personal, lo que afecta la continuidad y calidad de la atención brindada a los residentes. Pero los efectos en los residentes pueden manifestarse en una menor calidad de atención, disminución de la satisfacción y bienestar, y mayor riesgo de errores o descuidos en el cuidado.

Es necesario abordar el estrés y la carga de trabajo en el personal de las residencias de ancianos para garantizar un entorno laboral saludable y una atención de calidad para los residentes. Esto puede incluir la implementación de programas de apoyo emocional y gestión del estrés para los trabajadores, el establecimiento de políticas que promuevan una relación adecuada entre personal y residentes, la mejora de las condiciones laborales y la distribución de la carga de trabajo.

El nuevo modelo aboga por la formación y capacitación del personal de las residencias. Se adquieren conocimientos especializados sobre el envejecimiento, las enfermedades crónicas y los trastornos relacionados con la vejez, así como las mejores prácticas en términos de atención y cuidado. Esto les permite ofrecer una atención más informada, compasiva y de calidad, garantizando el bienestar físico y emocional de los residentes. Además, la formación continua tiene un impacto significativo en el desarrollo de habilidades y competencias profesionales. La capacitación en áreas como la comunicación efectiva, la empatía, el manejo del estrés y la resolución de conflictos, permite a los trabajadores establecer relaciones de confianza con los residentes y sus familias.

Tampoco podemos olvidar las cuestiones éticas y legales, asegurando que el personal esté al tanto de los derechos de los residentes y de las políticas y regulaciones vigentes. Esto es fundamental para prevenir el abuso, la negligencia y la

discriminación, y para garantizar que las prácticas en las residencias de ancianos estén alineadas con los principios éticos y los estándares profesionales.

Se busca lograr una transición del sistema actual, pasando de la noción de "asilo", hacia la de "hogar" y se encuentra recogiendo los principios de dignidad y respeto en todas las áreas vitales, atención centrada en la persona, participación activa en la comunidad, fomento de la autonomía y capacidad de toma de decisiones y promoción de la salud y el bienestar. Se propone incrementar el número de inspecciones y evitar que las empresas sancionadas por maltrato puedan participar nuevamente en concursos. Martin (2021) explica la importancia de la estabilidad del personal de las residencias para brindar la atención más especializada posible y frenar las recurrentes rotaciones entre diferentes plantas o personas.

Asimismo, en el contexto de las ciencias sociales, la creación de relaciones de proximidad entre trabajadores y residentes constituye una estrategia efectiva para contrarrestar la soledad y el aislamiento social que afectan a muchas personas mayores. Los trabajadores pueden desempeñar un papel importante como compañeros y fuentes de afecto y apoyo social, lo que genera una reducción de la vulnerabilidad social y el fomento de la integración comunitaria. Sin embargo, existen opiniones contrarias que ponen en duda el vínculo afectivo entre trabajador y residente, ya que puede afectar emocionalmente al personal con el paso del tiempo.

Un concepto clave que me gustaría incluir en este apartado es el cuidado *sin sujeciones*. Desde hace unos años, una variedad de críticas y opiniones intentan visibilizar públicamente el derecho de las personas a ser cuidadas sin sujeciones con la misma garantía de cuidado. Se trata de "aprender a acompañar al usuario y no a anular su conducta" (Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, 2023, pg. 66)

La reducción total de las sujeciones en el cuidado es un aspecto esencial de los modelos centrados en la persona. Hoy en día las residencias funcionan con un uso normalizado de diferentes sujeciones y mecanismos tanto físicos como químicos para controlar más fácilmente a personas que "den problemas" con su comportamiento.

La mayoría de relatos de personas que trabajan en el sector expresan la importancia de mantener estas medidas ya que, al contrario, supondría más problemas añadidos a la dificultad ya existente que requieren los cuidados. Sin

embargo, hay una creciente corriente de pensamiento que urge en la necesidad de eliminar las sujeciones por su carácter violento y deshumanizante. La atención centrada en la persona ha abierto el camino para nuevos planteamientos éticos y morales como éstos. Se trata de cambiar el concepto del cuidado relacionándolo estrechamente con la capacidad de la persona de tomar el control de su vida, si limitamos sus movimientos, la mayoría de veces sin su consentimiento, la libertad y dignidad se ven afectadas.

Desgraciadamente no existe suficiente personal en los centros residenciales para aplicar un cuidado exhaustivo que se libere de sujeciones. No es realista para las trabajadoras poder vigilar las deambulaciones, las posibles caídas o controlar los ataques de ira durante las 24 horas del día. Idealmente, todos los residentes deberían tener un plan individualizado de atención donde se tengan en cuenta los hábitos alternativos que supondrían una atención especial por parte del centro.

En el texto destacan la relevancia de adaptar el ambiente y el contexto a las necesidades de las personas, así como ayuda para formación del personal o una reforma legal de los límites explícitos de los cuidados de larga duración. Mejorar y adaptar el mobiliario para asegurar menos riesgos físicos, utilizar medidas de control y seguridad y realizar registros exhaustivos de las sujeciones llevadas a cabo. La coordinación sociosanitaria es, por tanto, esencial para garantizar la continuidad de los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales.

Por lo tanto: “¿Se puede pensar que esa medida sea necesaria y proporcional en determinados casos para no exponer a riesgos muy graves (incluso vitales) a personas en situación de máxima fragilidad? O, por el contrario, ¿Cabe realmente considerar las sujeciones no voluntarias a las personas en las residencias como una forma de maltrato, por mucho que se quiera justificar su necesidad por razones de seguridad?” (Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, 2023, pg. 45).

La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) defiende el derecho de las personas atendidas en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) a recibir atención sin sujeciones físicas o químicas. Proponen un compromiso formal de los centros residenciales para eliminar sujeciones, permitiendo su uso solo en situaciones urgentes y excepcionales, con procedimientos y supervisión adecuados.

Se enfatiza la importancia de proporcionar una atención de calidad para todos los usuarios, incluso en casos excepcionales que requieran sujeciones. La SEGG subraya el derecho de las personas a vivir sin restricciones de movilidad y aboga por la

formación de profesionales en cuidados sin sujeciones. También propone cambios legales que respalden un enfoque de atención sin sujeciones, campañas de concienciación y medidas de la Administración Pública, como subvenciones y requisitos en licitaciones públicas, para promover la eliminación de sujeciones en centros de cuidado.

Dentro de la Guía de Buenas Prácticas en Residencias de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda (2009) se destaca el fundamental papel de los familiares en el funcionamiento de los centros, ocupándose de la organización y gestión de diferentes actividades para los usuarios. También se retrata el derecho del residente a ser informado de cada parte del proceso de su estancia y cuidado. En general se remarca una amplia variedad de iniciativas para Buenas Prácticas del cuidado de personas con dependencia.

En Francia, desde FEDOSAD han puesto en marcha la iniciativa de la lista de los 10 mandamientos, donde cada residente diseña una lista de preferencias sobre el centro y su estancia allí, de esta manera, el personal se compromete a cumplirlo en la medida de lo posible. En Cantabria, en la Residencia San Pedro, cada residente cuenta con una historia de valores, en la que se incluyen criterios éticos, religiosos u opiniones sobre el proceso de fin de vida.

En las Residencias dependientes de la Diputación de Álava se han creado los *grupos de calidad*, formados por usuarios, familiares y personal del centro. Se encargan de dar respuesta a todas y cada una de las quejas y cuando no encuentren consenso en la solución, prevalece la opinión del usuario. En la Residencia de la Vega de Santullano, Mieres, un día al mes se celebra conjuntamente el cumpleaños de las usuarias que hayan cumplido ese mes. Y además de poder elegir el menú para ese día, se realizan celebraciones y actividades para todo el mundo, pero sobre todo destaca el proceso de preparación, en el que las personas implicadas se reúnen y se dedican a pensar y llevar a cabo todos los preparativos necesarios, lo que supone un cambio en la rutina del día a día.

Ya sea buscando voluntarios para el acompañamiento de personas en situación de dependencia, realizando un rastro de ropa dos veces al año o dejando que los residentes tengan neveras y microondas en sus habitaciones; lo que está claro es que la iniciativa es cada vez mayor y la conciencia del cuidado está cada vez más presente en nuestra sociedad.

## 5. CONCLUSIONES

Los centros residenciales son un espacio diseñado exclusivamente para un colectivo, por lo que supuestamente están ajustados a sus necesidades, se crea una red social con personas de la misma edad y gustos. Existen residencias totalmente urbanizadas, que disponen de atención especializada todo el tiempo, mantenimiento de autonomía personal, interacción social y realización de actividades, además de la conservación de relaciones familiares sin grandes conflictos.

Sin embargo, estas cuentan con grandes limitaciones como un número elevado de residentes y pocos trabajadores (falta de atención personalizada), ruralización, medidas coercitivas y sujeciones, modelo asistencialista, modelo residencial basado en la propiedad, pérdida de intimidad, obligación a seguir las normas del centro, tener que pasar el tiempo al lado de personas con las que no tienes vínculos.

Otro inconveniente, no mencionado en el texto, es que la vida en las residencias se acorta. Mientras que en un hospital los pacientes son atendidos regular y exhaustivamente por el personal sanitario, en una residencia el cuidado es mínimo, con un personal no médico muy reducido.

Es una realidad que la atención hacia las personas se reduce enormemente y, por tanto, da lugar a una pérdida de control de la propia vida, imponiéndose una rutina que limita el espectro de actividades alternativas; lo que conlleva una despersonalización, una pérdida de autoestima y una restricción de las interacciones sociales destacando la falta de afectividad y vínculos emocionales.

En resumen, un nuevo modelo residencial para la tercera edad debe enfocarse en promover la autonomía, garantizar la calidad de vida y el bienestar emocional, adaptarse a las necesidades individuales, tener un enfoque centrado en la persona y estar integrado en la comunidad. Esto permitirá brindar un entorno en el que las personas mayores puedan envejecer de manera saludable, activa y enriquecedora.

Como soluciones para mejorar el actual modelo residencial destacamos flexibilizar el modelo institucional, terminar la dicotomía entre trabajo y ocio o cambiar la concepción social de la vejez. Son necesarias políticas específicas para cada grupo de edad, con diferencia de género, especialmente para las mujeres ancianas, más vulnerables, más propensas a ser pobres, a enviudar, a tener limitaciones funcionales y a pasar los últimos días de su vida solas o en una residencia.

Ante esto, las nuevas tipologías de hogares para personas mayores, como la vivienda colaborativa, ofrecen una alternativa entusiasta para el futuro. Estas iniciativas permiten a las personas mayores elegir cómo desean envejecer, invertir recursos y esfuerzos en hacerlo realidad, y mantener la autonomía personal mientras puedan, con la posibilidad de contar con apoyos de confianza cuando lo necesiten. Además, fomentan la autoorganización, la construcción de redes sociales y la recuperación de patrimonio urbano, y podrían servir como modelos para cambiar las alternativas tradicionales de las residencias.

Según Rodríguez en 2013, algunas de las claves para el buen desarrollo de la AICP son liderar el proceso desde los equipos directivos y las Administraciones competentes, transformar y personalizar el ambiente eliminando las barreras que limitan la participación; planificar la atención y el proyecto de vida. Poner en alza la importancia del trabajo realizado por las personas que se encargan de la gestión de casos y de la intervención y, en su defecto, las personas auxiliares del SAD. Por ello es importante no abusar de los cambios y rotaciones de trabajadoras y crear las asignaciones basándose en las relaciones previas de afectividad entre trabajadora y residente.

Realizar actividades terapéuticas significativas para las personas. No crear rutinas estrictas, deben ser flexibles y adaptarse a la vida real que la persona desea llevar. Organización horizontal del cuidado y no jerarquizada. Por último, cuidar del bienestar de las personas cuidadoras. Llevar a cabo evaluaciones integrales del proceso, formar adecuadamente a las profesionales y realizar reuniones interdisciplinarias periódicas. (Rodríguez, 2013).

En conclusión, las residencias actuales tienen beneficios y limitaciones, y las nuevas tipologías de hogares para personas mayores ofrecen una propuesta prometedora. Sin embargo, es necesario que el Estado encuentre un equilibrio entre apoyar estas iniciativas y garantizar servicios universales de calidad, para no comprometer la cobertura de derechos fundamentales y evitar que los servicios públicos se deterioren en detrimento de aquellos que no tienen medios para acceder a otras alternativas.

Por último, me gustaría añadir la siguiente tabla de elaboración propia a modo de comparación entre el modelo actual tradicional de cuidados asistenciales y el emergente modelo de atención centrada en la persona. Considero el pensamiento crítico como esencial para evaluar, mejorar y adaptar constantemente los modelos de cuidado asistencial en el campo sociosanitario. Permite a los profesionales y a los responsables de la toma de decisiones abordar los desafíos y oportunidades que

surgen en la atención médica de manera eficaz y ética, lo que beneficia tanto a los pacientes como a los proveedores de la atención. Además, aboga por la equidad y la justicia en la atención ya que se aplica a la consideración de cuestiones éticas y sociales como la equidad en el acceso a los servicios de salud y la justicia en la distribución de recursos.

MODELO TRADICIONAL	NUEVO MODELO
Sujeciones: existen métodos físicos y/o materiales para asegurar la seguridad del residente como correas para atar o camas con barrotes	Sin sujeciones: se busca cuidar de las personas sin que suponga un desafío ético y no restringir su autonomía y dignidad
Trato estandarizado: se aplica un cuidado genérico para todos los residentes con medidas básicas de atención sanitaria	Atención centrada en la persona: pone al individuo en el centro del cuidado, considerando sus necesidades, preferencias y deseos para proporcionar una atención personalizada y respetuosa.
Organización estándar: residen en un edificio con habitaciones dobles y pocas salas comunes para un número amplio de personas, no existe una relación de convivencia colectiva	Unidades de convivencia: módulos o apartamentos aproximadamente de 16 personas con salas comunes y un ambiente personalizado para los residentes, quienes conviven colectivamente
Condiciones laborales precarias: contratos temporales y escasa formación específica y pocos profesionales para muchos residentes	Mejora de condiciones laborales: mayor capacitación profesional, aumento del personal y aumento de salario
Reglas de convivencia: existen horarios de visita y de comidas, normas para las salidas del centro y control económico y psicológico	Sin reglas: se trata de crear un espacio donde las personas no se sientan vigiladas, puedan recibir las visitas que quieran cuando quieran y tienen su propia rutina individual
Sumisión: los residentes acceden a cumplir unas normas que restringen su vida diaria, se trata de obedecer más que de participar	Participación comunitaria: se reparten las tareas del hogar, los residentes se implican en el diseño de actividades y existe una convivencia comunitaria
Institucionalización: en muchos casos promueve la falta de autonomía del residente, así como alejarle de sus círculos sociales y familiares.	Desinstitucionalización: se prioriza el entorno comunitario, la participación activa y la autonomía de las personas
Número amplio de plazas por centro residencial (pueden llegar a las 200 plazas)	Reducción del número de plazas en relación a las unidades de convivencia (16 plazas como máximo)
	Inspecciones de calidad: aumento de las inspecciones regulares de las instalaciones, requisitos de capacitación para el personal, mecanismos de denuncia y supervisión adecuada.

Fuente: elaboración propia



## 6. BIBLIOGRAFIA

### ARTICULOS DE REVISTA

- ALONSO SECO, J. M. (2010): Envejecimiento Activo: contrastes y paradojas. *Panorama Social*, 11, 59-75
- BARENYS PIA, M. (1993): Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos. *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 63, 155-174
- BARENYS PIA, M. (1992): Residencias de Ancianos y su significado sociológico. *Papers*, 40, 121-135
- BERALDO DE QUIROS, M., CRESPO, M., GÓMEZ, M. y HORNILLOS, C. (2012): La calidad del cuidado asistencial en residencias de ancianos. Una revisión de la literatura. *Publicación científica de ellos Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, 207, 17-38
- GONZÁLEZ ANTONLÍN, E., y DOMÍNGUEZ LLORENTE, M. L. (2000): Factores que inciden en la actuación profesional con personas mayores. *Papeles del Psicólogo*, 76, 9-12.
- GONZÁLEZ VÍTORES, A., TRAVESET, S., TIRADO SERRANO, F. J. y DOMENÈCH I ARGEMÍ, M. (1999): La desinstitucionalización y la crisis de las instituciones. *Revista de intervención socioeducativa*, 12, 20-32
- HARO HONRUBIA, A. (2014): El estigma en la vejez: Una etnografía en residencias para mayores. *Intersecciones antropol*, 15, 445-459
- MORA TAPIA, N. (2021): Erving Goffman, como marco conceptual para analizar el estigma de la vejez. *Fronteras*, 17, 79-87
- Organización Mundial de la Salud, Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital. (2002): Envejecimiento Activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37, 74-105
- ROUXEL, G., MICHINOV, E. y DODELER, V. (2016): The influence of work characteristics, emotional display rules and affectivity on burnout and job satisfaction: A survey among geriatric care workers. *Diario Internacional de Estudios de Enfermería*, 62, 81-89

## ARTICULOS DIGITALES

- BOUZA SANTIAGO, A. L. (2023): 'Cohousing', sálvese quien pueda. Público. <https://www.publico.es/luzes/cohousing-salvese-pueda.html/amp> [Consultado el 2 de junio de 2023]  
GELIS PONS, O. (2023): Una vivienda a cambio de convivir con tus vecinos dos horas a la semana: el experimento sueco contra la soledad. El Diario [https://www.eldiario.es/internacional/vivienda-cambio-convivir-vecinos-horas-semana-experimento-sueco-soledad\\_1\\_9842226.html](https://www.eldiario.es/internacional/vivienda-cambio-convivir-vecinos-horas-semana-experimento-sueco-soledad_1_9842226.html) [Consultado el 16 de junio de 2023]
- GARCÍA BAROJA, A. (2023): Más de 300.000 personas en lista de espera para recibir las ayudas por dependencia. El País. <https://elpais.com/sociedad/2023-03-17/mas-de-300000-personas-en-lista-de-espera-para-recibir-las-ayudas-por-dependencia.html> [Consultado el 28 de abril de 2023]
- MARTIN, J. (2021): Residencias de mayores: retos y oportunidades en la "nueva era" pos-vacunación. Radio Televisión Española <https://www.rtve.es/noticias/20210328/residencias-mayores-despues-vacunacion-covid/2083183.shtml> [Consultado el 28 de abril de 2023]
- ROCA, A. (2023): La carta a la directora de 'El País' de una mujer de 78 años que debería leer todo el mundo. Huffington Post. [https://www.eldiario.es/sociedad/empezar-cero-68-anos-viviendas-colaborativas-reivindican-alternativa-residencias\\_1\\_9834520.html](https://www.eldiario.es/sociedad/empezar-cero-68-anos-viviendas-colaborativas-reivindican-alternativa-residencias_1_9834520.html) [Consultado el 29 de abril de 2023]
- RUPÉREZ, I., HERNÁNDEZ, Q. y MOURE, C. (2022): El nuevo modelo de residencias que plantea el Gobierno: atención para "vivir como en casa" y menos residentes. La Sexta. [https://www.lasexta.com/noticias/sociedad/nuevo-modelo-residencias-que-plantea-gobierno-atencion-vivir-como-casa-menos-residentes\\_2022062162b1a05c26d4270001848ffa.html](https://www.lasexta.com/noticias/sociedad/nuevo-modelo-residencias-que-plantea-gobierno-atencion-vivir-como-casa-menos-residentes_2022062162b1a05c26d4270001848ffa.html) [Consultado el 29 de abril de 2023]

## LIBROS

- RODRIGUEZ RODRIGUEZ, P. (2013): La Atención Integral y Centrada en la Persona. *Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal.*

## FUENTES ELECTRONICAS

- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030: Estrategia Estatal de Desinstitucionalización  
<https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/estrategia/> [Consultado el 7 de septiembre de 2023]
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2022): Envejecimiento y Salud  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>  
[Consultado el 19 de junio de 2023]

## OTRAS FUENTES

- Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias (2009): Guía de Buenas Prácticas en Residencias de Personas Mayores en Situación de Dependencia.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2023): Documento Técnico Cuidado sin Sujeciones 2023.
- ESTÉVEZ GUERRA, G. J. (2017): Restricción Física: Cultura de Seguridad en Centros de Personas Mayores. Universidad de Santiago de Compostela  
<http://hdl.handle.net/10347/15452>
- GOMEZ MORALES, M. (2014): El proceso de institucionalización en la tercera edad. Universidad Internacional de La Rioja.  
<https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/2763/gomez%20morales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Servicios Sociales de Castilla y León. Video explicativo del nuevo modelo de atención residencial. En mi casa, una nueva manera de atender a las personas mayores en Castilla y León.  
<https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/video-explicativo-nuevo-modelo.html> [Consultado el 15 de junio de 2023]
- Video de Inforresidencias.com (2021): Residencia Barcelona. Unidades de convivencia. Un modelo de inspiración escandinava  
[https://www.youtube.com/watch?v=rdcYBn9k9gk&ab\\_channel=Fundaci%C3%B3nMariaWolff](https://www.youtube.com/watch?v=rdcYBn9k9gk&ab_channel=Fundaci%C3%B3nMariaWolff) [Consultado el 5 de octubre de 2023]

## **ANEXOS**

### **ANEXO I: TABLA SOBRE MODELO DE CALIDAD DE VIDA**

Definido por Robert Shalock y Miguel Ángel Verdugo. Muestra las diferentes dimensiones que definen la calidad de vida de una persona y sus correspondientes indicadores: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>
1. Bienestar Emocional	1. Satisfacción: Que la persona esté satisfecha, feliz y contenta. 2. Autoconcepto: Estar a gusto con el propio cuerpo, la forma de ser, percepción de sentirse valioso/a. 3. Ausencia de estrés: Disponer de un ambiente seguro, estable y predecible, no sentir nervios, saber lo que puede y tiene que hacer.
2. Relaciones Interpersonales	4. Interacciones: Disponer de red social suficiente para interactuar con diferentes personas. 5. Relaciones: Tener relaciones satisfactorias, tener amigos y familiares y llevarse bien con ellos. 6. Apoyos: Sentirse apoyado a nivel físico, emocional, económico. Disponer de personas que le ayuden cuando lo necesite y que le den información sobre sus conductas.

<p>3. Bienestar Material</p>	<p>7. Estatus económico: Disponer de ingresos suficientes para comprar lo que necesita o le gusta.</p> <p>8. Empleo: Tener un trabajo digno que le guste y un ambiente laboral adecuado o una jubilación digna.</p> <p>9. Vivienda: Disponer de una vivienda confortable, donde vivir a gusto y con comodidad.</p>
<p>4. Desarrollo Personal</p>	<p>10. Educación: Tener posibilidades de recibir una educación adecuada, de acceder a títulos educativos y de que se le enseñen cosas interesantes y útiles</p> <p>11. Competencia personal: Disponer de conocimientos y habilidades sobre distintas cosas que le permitan manejarse de forma autónoma en su vida diaria, su trabajo y su ocio, sus relaciones sociales.</p> <p>12. Desempeño: tener éxito en las diferentes actividades que realiza (productividad y creatividad).</p>

<p>5. Bienestar Físico</p>	<p>13. Salud: Tener y percibirse con buen estado de salud, buena alimentación, no tener síntomas de enfermedad</p> <p>14. Actividades de la vida diaria: Estar bien físicamente para poder moverse y realizar de manera independiente o con apoyos actividades de autocuidado como la alimentación, el aseo, vestido, etc.</p> <p>15. Atención sanitaria: Disponer de servicios de atención sanitaria eficaces y satisfactorios.</p> <p>16. Ocio: Estar bien físicamente para poder realizar distintas actividades de ocio y pasatiempos.</p>
<p>6. Autodeterminación</p>	<p>17. Autonomía/Control Personal: Tener la posibilidad de decidir sobre su propia vida de forma independiente y responsable.</p> <p>18. Metas y valores personales: Disponer de valores personales, expectativas, deseos hacia los que dirigir sus acciones</p> <p>19. Elecciones: Disponer de distintas opciones entre las cuales elegir de</p>

	<p>forma independiente según sus preferencias.</p>
<p>7. Inclusión Social</p>	<p>20. Integración y participación en la comunidad: Acceder a lugares y grupos comunitarios y participar del mismo modo que el resto de personas sin discapacidad</p> <p>21. Roles comunitarios: Ser una persona útil y valorada en los distintos lugares y grupos comunitarios en los que participa, tener un estilo de vida similar al de personas sin discapacidad de su edad.</p> <p>22. Apoyos sociales: Disponer de redes de apoyo y de ayuda necesaria de grupos y servicios cuando lo necesite</p>
<p>8. Derechos</p>	<p>23. Derechos humanos: Que se conozcan y respeten sus derechos como ser humano y no se le discrimine por su discapacidad.</p>
	<p>24. Derechos legales: Disponer de los mismos derechos que el resto de los ciudadanos y tener acceso a procesos legales para asegurar el respeto de estos derechos.</p>

Fuente: Rodríguez, 2013, pg. 19

## ANEXO II: TABLA DE DIFERENCIAS ENTRE PLANIFICACIÓN INDIVIDUAL CLÁSICA Y PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

	Planificación individual clásica	Planificación centrada en la persona
Percepción de la persona	La persona puede participar, pero no decide. Papel: perceptor de servicios	La persona se percibe como sujeto con derechos que toma sus propias decisiones. Papel: cliente
Valores y creencias	Paternalismo del experto. Predominio de la técnica. El problema está en la persona	Satisfacción vital Orientación y respeto a la persona y su autodeterminación El problema está en el ambiente
Toma de decisiones	Las toma el equipo técnico	Las toma la persona y/o su grupo de apoyo
Conocimientos necesarios	Psicopedagogía, medicina, rehabilitación	Se añade al conocimiento curricular, otros relacionados con la relación de ayuda, la escucha activa y la comunicación. Ética, derecho
Metodología	Elaboración por equipo multidisciplinar Planificación por objetivos operativos	Coordinada, participativa y democrática, incluyendo siempre a la persona. Debate, negociación y consenso final
Evaluación	Cuantitativa y centrada en las habilidades conseguidas por la persona	Cuantitativa y cualitativa, centrada en la idoneidad de los apoyos prestados y en el cumplimiento de los compromisos adquiridos
Limitaciones	Disponibilidad de servicios específicos	Preferencias de las personas y disponibilidad de recursos comunitarios
Modelo de referencia	Psicopedagógico/rehabilitador	Calidad de vida

Fuente: Rodríguez, 2013, pg. 45