

ANÁLISIS INICIAL DE UN CENTRO ASISTENCIAL PSICOGERIÁTRICO, SEGÚN LA PERSPECTIVA DEL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

INITIAL ANALYSIS OF A PSYCHOGERIATRIC CARE CENTER, ACCORDING TO THE PERSPECTIVE OF THE PERSON-CENTERED CARE MODEL

Elsa Gummà Serra. *Ayuntamiento de Málaga*

Mónica Donio Bellegarde Nunes. *Universidad Internacional de Valencia*

Resumen: Los centros de mayores están cambiando gradualmente desde la Atención Centrada en el Servicio (ACS), a la Atención Centrada en la Persona (ACP). La ACP es una alternativa residencial de expansión creciente, que promueve el deseo expresado por una gran mayoría de mayores; la voluntad de envejecer en su hogar o, en su defecto, en un espacio diseñado en base a un modelo de hogar. Este trabajo evalúa de manera multidimensional un centro asistencial psicogeriatrico según el modelo de ACP-Modelo de Atención Centrada en la Persona (MACP), midiendo tres aspectos clave: el espacio ambiental, la percepción de los/as profesionales y la de las personas residentes. Posteriormente, se realiza un informe DAFO que se completa con un análisis CAME (Corregir, Afrontar, Mantener y Explotar). El estudio de los resultados se convertirá en una herramienta clave para futuras propuestas de cambio en el propio centro analizado y en otros de características similares, aportando claves y pautas para su adaptación y contribuyendo a facilitar la conversión gradual al MACP. El trabajo determina que, tanto residentes como profesionales del centro tienen una visión positiva de los cuidados que reciben y prestan, respectivamente. A nivel organizativo y ambiental, se concluye que son necesarias algunas mejoras para la adaptación al modelo.

Palabras clave: Atención Centrada en la Persona, Centro psicogeriatrico, Demencia, Envejecimiento activo, Trastorno mental.

Abstrat: Senior centers are gradually changing from Service Centered Care (ACS), to Person Centered Care (ACP). The ACP is a residential alternative of increasing expansion, which promotes the desire expressed by a large majority of the elderly; the will to age in their own home or, failing that, in a space designed based on a home model. This work evaluates in a multidimensional way a psychogeriatric care center according to the ACP model (MACP), measuring three key aspects; the environmental space and the perception of the professionals and the residents. Subsequently, a SWOT report is made that is completed with a CAME analysis. The study of the results will become a key tool for future proposals for change in the analyzed center itself and in others of similar characteristics, providing keys and guidelines for its adaptation and contributing to ease the gradual conversion to the MACP. The work determines that both residents and professionals of the center have a positive vision of the care they receive and provide, respectively. At the organizational and environmental level, it is concluded that some improvements are necessary for the adaptation to the model.

Keywords: Person Centered Care, Psychogeriatric center, Dementia, Active aging, Mental disorder.

| Recibido: 8/02/2020 | Revisado: 19/11/2020 | Aceptado 26/11/2020 | Publicado 30/11/2020 |

Referencia normalizada: Serra, G., y Donio, M. (2020). Análisis inicial de un centro asistencial psicogeriatrico, según la perspectiva del modelo de Atención Centrada en la Persona. *Trabajo Social Hoy*, 90, 107-130. doi: 10.12960/TSH.2020.0012

Correspondencia: Elsa Gummà Serra. Universidad Internacional de Valencia, Email: elsags22@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La sociedad está en continuo cambio, por diversas circunstancias hoy las personas mayores en el mundo occidental tienden a quedarse solas en sus viviendas. Muchas de ellas rechazan las normas, horarios rígidos y falta de intimidad de las residencias (Carmona, 2017). Según Sancho, del Barrio, Prieto, Díaz-Veiga y Yanguas (2016), un 42,3 % de las personas mayores prefieren vivir en su propio hogar. La Organización de Consumidores y Usuarios (OCU, 2017) extrae resultados aún más concluyentes; el 82 % de los mayores españoles entre 65 y 84 años quiere envejecer en su casa y rechazan los centros residenciales como lugar para vivir.

Pero en ocasiones, las situaciones de dependencia (ya sea física o psicológica) obligan a buscar alternativas a la residencia propia. Más del 32 % de los mayores de 65 años tienen algún tipo de discapacidad, cifra que se dispara a partir de los 80 años. Éstas promueven un alto porcentaje de situaciones de dependencia, entendiéndose por tal el estado en el que se encuentran las personas que han perdido autonomía física, psíquica o intelectual, y precisan asistencia y/o ayuda importante para realizar en especial las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). (Consejo de Europa, 1998).

El fenómeno de la dependencia es de alcance mundial. Tiene relación directa con el avance de la edad y es especialmente relevante en los países ricos, por estar más envejecidos. Para estos casos existen centros especializados, como los centros geriátricos o psicogeriátricos, que cubren las necesidades de esta población que no puede seguir residiendo en su vivienda habitual.

En el caso de los hospitales psiquiátricos, su objetivo radicaba en el cuidado físico y el control de sus pacientes. La problemática de escasez de personal supuso la implantación de un sistema piramidal de autoridad, para facilitar y promover la eficiencia.

Goffman concluyó en su obra *Asylums* (1961), que las instituciones psiquiátricas compartían las mismas características que los penitenciarios o incluso que los monasterios o campos de concentración, puesto que en ellas los/as pacientes estaban privados/as de libertad, padecían el estigma de *paciente psiquiátrico* y habían perdido sus roles habituales.

Dentro de un continuo cambio, los servicios psiquiátricos dejan de configurarse en grandes hospitales con un trato impersonal y paulatinamente se orientan hacia la atención comunitaria y en centros de tamaño reducido. En el caso de los grandes hospitales ya existentes, se establecen divisiones en unidades o comunidades terapéuticas

dirigidas al tratamiento intensivo de los/as enfermos/as que requieren una atención especializada (Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2015).

Theurer et al., (2015) hablan de la necesidad de un cambio revolucionario en el modelo de cuidado a las personas mayores, ya que el clásico promueve la soledad y la depresión.

En la actualidad el paradigma residencial sigue en proceso de cambio, adaptándose a la voluntad de las personas de vivir en el hogar o en un centro que lo recuerde. Dentro de esta continua evolución, Kitwood (1988, citado en Fazio, Pace, Flinner y Kallmyer, 2018) acuña el término *Atención Centrada en la Persona*, que reúne ideas y métodos de trabajo que potencian las relaciones interpersonales y la comunicación. Lo hace tomando como referencia el estudio de la demencia desde una perspectiva biopsico-social y rechazando el enfoque médico estándar.

Kitwood y Bredin (1992, citados en Fazio et al., 2018) concluyen que las demencias no progresan universalmente de manera lineal, y que son necesarios unos cuidados de alta calidad que afirmen la personalidad. Desde una perspectiva basada en la ACP, determinan que estas personas necesitan sentir *apego, inclusión, comodidad, identidad y ocupación*. Ambos desarrollan un enfoque conceptual de la atención, que facilita a los/as profesionales una forma de pensar centrada en la personalidad y el bienestar a lo largo de la evolución de la demencia y alenta al personal de atención directa a centrarse menos en qué se hace y más en cómo se hace.

Los estudios de la influencia biopsicosocial, concluyen que el MACP contribuye a que las personas residentes estén menos medicalizadas (Bertakis y Azari, 2011), tengan más autodeterminación, menos agitación, mejoren sus patrones de sueño y, en definitiva, disfruten de una mayor calidad de vida (Koren, 2010). Analizando el impacto de la ACP en la depresión de los mayores, Li y Porock (2014, citados en Fazio et al., 2018) constataron que, tanto en los/as cognitivamente intactos/as como en los/as discapacitados/as, sus niveles depresivos descendían significativamente en impotencia, soledad y aburrimiento. El método asistencial, impulsado en los grandes centros residenciales de aspecto hospitalario, debe dejar paso a modelos de ACP, en los que priman los deseos, aficiones y necesidades sobre el servicio prestado. El objetivo de este estudio ha sido analizar el estado actual de un centro psicogeriátrico de la ciudad de Málaga (España), a través de la perspectiva del MACP y aportar algunas propuestas para promover opciones de cambio.

1. OBJETIVOS

- Evaluar un centro asistencial psicogeriátrico de Málaga, según el MACP.
- Aportar pautas para sugerir cambios en el centro, orientando el modelo actual hacia el MACP.

2. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. MUESTRA

Se establecen dos grupos de análisis formados por el 20 % de los residentes (7 mujeres y 13 hombres, con edades comprendidas entre los 55 y 90 años, con dependencia funcional y cognitiva leves) y el 60 % de los profesionales del centro (14 mujeres y 13 hombres, con edades entre los 20 y 60 años).

El criterio de selección de la muestra de las personas residentes se elabora en base a las opiniones profesionales de la psicóloga, la coordinadora y la psiquiatra. Por cuestiones legales y de protocolo se prioriza la encuesta a personas sin tutela, o tuteladas por una fundación perteneciente al centro. Antes de cumplimentar los cuestionarios, se informa a las personas participantes y se solicitan las firmas de los consentimientos informados.

Se emplea el cuestionario de evaluación emocional EBES-CTV, ya que el interés de la investigación es determinar el estado anímico y emocional de las personas de manera pormenorizada para poder realizar una comparativa en el futuro.

Se expone a los/las profesionales en qué consiste el estudio y la importancia de que participen en él, garantizándose el máximo de intimidad y anonimato. Asimismo, se emplea un criterio completamente aleatorio, no siendo discriminado ningún caso.

2.2. MATERIALES

Para la recogida de datos, se emplean tres cuestionarios diferentes.

Para los residentes: Teniendo en cuenta las características personales de la muestra, se adapta la herramienta de análisis a un lenguaje directo y claro. El *Cuestionario de Unidad de Calidad de Vida* (EBE-UCV) consiste en una escala de frecuencias del tipo

Likert, donde se valora la percepción de la persona sobre su estado emocional, como indicador de calidad de vida subjetiva. Se compone de 33 ítems en base a cuatro opciones de respuesta: *Siempre*, *Muchas veces*, *Pocas veces* y *Nunca*.

Los ítems recogen información relativa a cinco áreas que pueden influir en el estado emocional: sentimientos de *aceptación de los demás*; *autopercepción de autodeterminación*; *autopercepción de carácter y personalidad*; *satisfacción con la vida y compañía o relaciones*. Quince son direccionados positivamente (ítems 1, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 13, 14, 17, 19, 21, 22, 24, 26, 27, 29 y 31) y el resto negativamente.

Se asigna el valor 4 a las respuestas *Siempre*; a *Muchas Veces*, un valor de 3; *Pocas Veces* el valor 2, y *Nunca* el 1. En las preguntas negativas la puntuación es inversa, siendo *Siempre*=1, *Muchas Veces*=2, *Pocas Veces*=3 y *Nunca*=4.

La evaluadora externa realiza las preguntas para facilitar su entendimiento y cumplimiento los cuestionarios.

Para los profesionales: Se emplea el Cuestionario de Adscripción al modelo ACP, *Development and Initial testing of the Person-Centered Care Assessment tool (PCAT)*, conformado por 13 ítems que miden el cuidado que se otorga a los residentes, divididos en tres subescalas de medición: *extensión del grado de cuidado personalizado*, *nivel de apoyo organizativo* y *grado de accesibilidad del entorno*. Se emplea una escala de tipo Likert de tres niveles; valorando como positivos los ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7, 11 y 13, adjudicando el valor 3 a *Siempre*, el 2 a *Algunas Veces* y el 1 a *Nunca*. El resto de las preguntas son direccionadas negativamente y el orden de los valores se invierte.

Tras su análisis, se demuestra una confiabilidad con un coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach de 0.84 y una fiabilidad test-retest, n= 26 (Edvarsson, Fetherstonhaugh, Nay y Gibson, 2010). Posteriormente se traduce y adapta al español.

En ambos cuestionarios se realiza el análisis descriptivo de los datos mediante frecuencias absolutas y porcentajes, además de los parámetros: máximo, mínimo y media.

Para la medición ambiental: Se pondera el ambiente del centro, según la herramienta *The Dementia Friendly Communities Environmental Assessment Tool (DFC-EAT)*, validada y medida con un alfa de Cronbach mayor que la acordada comúnmente, un mínimo de 0,7 y una fiabilidad interjueces descrita de 0,97 (Nunnally, 1970, citado en Fleming, Benett, Preece y Phillipson, 2017). Se evalúan ocho aspectos clave en el MACP: *Seguridad*; *Ver y ser visto*, *Familiaridad*; *Tamaño*, *Variedad de espacios*; *Movimiento y compromiso*; *Reducción de estímulos*; y *Mejora de estímulos*.

El cuestionario consta de 38 ítems, cuya valoración oscila entre el 0= *En desacuerdo*, 1= *Parcialmente de acuerdo* y el 2= *De acuerdo*.

El estudio de los datos obtenidos se realiza a través de la aplicación de software libre para el análisis estadístico: *Perfect Statistics Professionally Presented* (PSPP).

2.3. PROCEDIMIENTO Y PLAN DE TRABAJO

Se realiza una primera visita al espacio evaluado, un centro asistencial psicogeriátrico de la ciudad de Málaga (España) y se establece una entrevista con el médico-psiquiatra, la coordinadora y la trabajadora social, para trasladarles la idea del proyecto. Se toma nota de las particularidades del centro, así como del tipo de residentes que habitan en él. Posteriormente se mantiene una nueva entrevista para conocer los tratamientos, dinámicas y terapias que se realizan con los/as residentes.

Se cuenta con el asesoramiento de los/as técnicos/as, para seleccionar la muestra relativa a las personas mayores, posteriormente se procede a cumplimentar los cuestionarios.

Asimismo la evaluadora del estudio, tras la labor de observación participante, cumplimenta el autoinforme ambiental. Finalmente todos los cuestionarios son recopilados y evaluados.

Durante seis semanas se establece un protocolo de investigación mediante el estudio de ambiente y la observación participante, asimismo se realizan diversas entrevistas con usuarios/as y profesionales. La información se anota debidamente en un diario de campo, junto con todos aquellos aspectos relevantes no recogidos en los cuestionarios.

Finalmente la evaluadora elabora sendos informes DAFO y CAME y un tercero para la Aplicación Práctica del Modelo de Planificación y Atención Gerontológica. Cabe puntualizar que para la implementación total del modelo serán necesarias varias semanas más, pudiendo llegarse a convertir en 2 ó 3 años de media.

3. RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación responden al análisis realizado de las variables estudiadas, distribuidas en cinco partes diferenciadas.

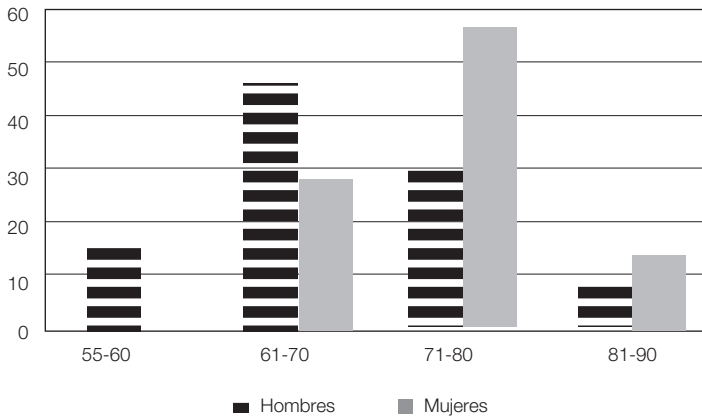
La primera, con el objetivo de detectar la percepción de bienestar emocional y satisfacción con la vida de los/as mayores residentes. Una segunda, enfocada a conocer la percepción de nivel de cuidado que otorgan los/as profesionales del centro. En tercer lugar, se establece un análisis ambiental y con los resultados obtenidos de la observación participante, las entrevistas mantenidas y el análisis de los cuestionarios, se realiza un cuarto análisis de la cuestión a través de un informe DAFO que pone en valor las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades del centro. Esta herramienta permite analizar la realidad del espacio y facilita la toma de futuras decisiones. Asimismo, permite reflexionar sobre la situación de la empresa y actuar sobre ella. El documento consta de dos partes: un análisis interno (Fortalezas y Debilidades) y otro externo (Amenazas y Oportunidades). En quinto lugar se realiza un informe CAME, que servirá al centro para Corregir: las debilidades; Afrontar las amenazas externas que sean detectadas; Mantener sus fortalezas; y Explotar las oportunidades que brinde el mercado.

3.1. DATOS DE LA MUESTRA DE RESIDENTES

En primer lugar se establece un análisis diferencial que estudia las características de la muestra de residentes.

En la Figura 1 se pueden observar los grupos de edad, por sexos, de la muestra. Existe una mayor población femenina en las franjas de más edad, 71-80 años (58 %) y 81-90 (14 %).

Figura 1. Grupos de edad en porcentajes. Por sexos.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al nivel de instrucción, cabe destacar que existe un porcentaje elevado de hombres sin estudios (23 %) y el 61 % de los varones, y el 57 % mujeres tienen estudios de primaria. No existe en la muestra ninguna persona con estudios superiores. En los hombres destacan el pluriempleo (31 %), abundando las profesiones relacionadas con el sector de la construcción. A continuación el sector agrario (23 %) y quienes nunca han trabajado por haber tenido una institucionalización prolongada, debido a su salud mental (15 %). En la muestra de mujeres, se observa que un porcentaje elevado ha trabajado en el sector agrario (29 %) o combinando las labores del hogar con varios oficios a lo largo de su vida (29 %), como el de limpieza de viviendas o la hostelería.

Al encontrarse muchos/as residentes internos/as en el centro, una parte muy importante de su red social son los/as compañeros/as residentes y los/as profesionales que los atienden a diario. Realizado el cómputo global de los ítems de la dimensión *Sentimientos de aceptación de los demás*, se deduce que el centro facilita las relaciones entre las personas residentes y sus redes sociales y que el trato que perciben los/as residentes es cercano, ya que la media de su nivel de autopercepción sobre su *Aceptación por parte de los demás* es de un 2,8 sobre una puntuación máxima de 4, lo que equivaldría a un 7 sobre 10.

En la Tabla 1 se muestran los resultados de los ítems correspondientes a la dimensión de *Autodeterminación*, predictora de calidad de vida y primordial en un centro de ACP.

Tabla 1. Autopercepción de la Autodeterminación. Por sexos.

	Hombres				Mujeres			
	N	PV	MV	S	N	PV	MV	S
1. Me siento una persona útil	23 %	8 %	23 %	46 %	0 %	29 %	14 %	57 %
5. Tengo ganas de hacer cosas	23 %	54 %	8 %	15 %	0 %	29 %	14 %	57 %
7. Pido ayuda para hacer cosas, cuando la necesito	15 %	31 %	0 %	54 %	29 %	14 %	0 %	57 %
20. Echo en falta personas en las que poder confiar	55 %	15 %	15 %	15 %	71 %	0 %	29 %	7 %
21. Vivo el día a día sin agobiarme por el futuro	46 %	0 %	8 %	46 %	29 %	0 %	29 %	42 %
24. Echo de menos a mi familia	23 %	8 %	15 %	54 %	57 %	0 %	0 %	43 %
28. No me siento libre de tomar algunas decisiones	46 %	23 %	8 %	23 %	29 %	29 %	0 %	42 %

*Nota: N=Nunca; PV=Pocas Veces; MV=Muchas Veces; S=Siempre

A la afirmación *Tengo ganas de hacer cosas*, el 54 % de los hombres responde que *Pocas veces*, el 57 % de las mujeres afirma que *Siempre*.

Cuando se pregunta a los hombres si *se sienten libres de tomar algunas decisiones*, el 46 % aseguran que *Nunca*. En cambio el 42 % de las mujeres afirman que *Siempre*. Tras el análisis de las respuestas otorgadas a las variables de la dimensión *Autopercepción de la Autodeterminación*, se observa que la media general es de 2,7 sobre un valor máximo de 4. Sobre una puntuación de 10, la nota es de 6,7.

En la Tabla 2 pueden consultarse los resultados obtenidos sobre la dimensión *Satisfacción con la vida*.

Tabla 2. Satisfacción con la vida. En porcentajes.

	Hombres				Mujeres			
	N	PV	MV	S	N	PV	MV	S
9. Aquí estoy a gusto y me lo paso bien	15 %	15 %	46%	24%	0 %	14 %	14 %	72%
10. No me gustan las actividades que hago aquí	0 %	46 %	30 %	24 %	71 %	0 %	0 %	29%
13. Estoy satisfecho/a con mi situación afectivo/sexual	15 %	8 %	46 %	31 %	0 %	29 %	14 %	57 %
15. Me preocupa lo que pase en el futuro	54 %	23 %	0 %	23 %	72 %	0 %	14 %	14 %
18. Me da miedo estar solo/a	85 %	0 %	0 %	15 %	72 %	14 %	14 %	0 %
19. Me apetece estar con los/las amigos/as	23 %	8 %	23 %	46 %	0 %	0 %	29 %	71 %
29. Estoy satisfecho/a con mi vida	0 %	8 %	15 %	77 %	0 %	43 %	0 %	57 %
31. Me siento infeliz	69 %	15 %	8 %	8 %	43 %	14 %	14 %	29 %
32. Cambiaría cosas de mi vida actual	38 %	30 %	8 %	24 %	71 %	0 %	0 %	29 %

*Nota: N=Nunca; PV=Pocas Veces; MV=Muchas Veces; S=Siempre

Un 24 % de los hombres y un 72 % de las mujeres de la muestra *afirman sentirse a gusto y pasárselo bien en el centro*. Además, el 77 % de los hombres y el 57 % de las mujeres afirman *estar satisfechos/as con su vida*.

Por las respuestas otorgadas a los ítems de la dimensión *Satisfacción con la vida* (3,1), se deduce que las personas de la muestra tienen una autopercepción de bienestar notable, 7,2 sobre 10.

Finalmente se realiza un cálculo total de todas las valoraciones obtenidas en cada una de las dimensiones, que se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Resultado dimensiones de Bienestar Emocional.

Dimensión	Media
Sentimiento de aceptación por los demás	2,8
Autopercepción de autodeterminación	2,7
Autopercepción de carácter	3,08
Satisfacción con la vida	3,1
Total dimensiones	2,92

Las respuestas otorgadas por la muestra, evidencian un nivel elevado de valoración de la vida en el centro, que conlleva una autopercepción de *Bienestar emocional* media de 2,9 sobre 4, equivalente a una puntuación de 7,3 sobre 10.

3.2. DATOS DE LA MUESTRA DE PROFESIONALES

La muestra de profesionales se compone de 14 mujeres y 13 hombres, siendo el 60 % del total de los/as profesionales del centro. El 53,8 % de los varones se encuentra en la franja entre los 41 y los 50 años, y el 35,7 % de las mujeres, entre los 31 y 40 años.

La mayoría llevan trabajando en el centro entre uno y cinco años. El 60 % de los monitores y monitoras llevan desarrollando dichas funciones menos de un año (muchos son estudiantes en prácticas).

El 48 % de los/as trabajadores/as desconoce en qué consiste el MACP, y el 51 % lo conoce parcialmente.

Las tablas de contingencia muestran la percepción de los/as profesionales sobre los cuidados que prestan a quienes residen en el centro. Existe poca divergencia en las respuestas obtenidas.

La Tabla 4 muestra los resultados obtenidos de la dimensión *Extensión del grado de cuidado personalizado*. El ítem menos valorado es el n.º 7: *Se realiza una evaluación a diario de las necesidades de los/as residentes*. Su puntuación media es de 2,12 de un total de 3 puntos. En cambio, la valoración más elevada obtiene 2,96 se otorga al ítem: *Tenemos reuniones de equipo para hablar de los cuidados personales de los/as residentes*. Del cómputo global de dicha dimensión se extrae una media de respuesta de 2,5 lo que se traduce en un 8,3 de un máximo de 10 en *extensión del grado de cuidado personalizado*, según la autopercepción de las personas encuestadas.

Tabla 4. Extensión del grado de cuidado personalizado. En porcentajes.

	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. A menudo discutimos sobre cómo aportar un cuidado más personalizado	3,7 %	55,5 %	40,7 %
2. Tenemos reuniones de equipo para hablar de los cuidados personales de los/as residentes	0 %	3,7 %	96,3 %
3. La historia de vida se emplea y se tiene en cuenta en los planes de cuidado del centro	0 %	23,1 %	76,9 %
4. La calidad de las relaciones personal/residente es más importante que tener las tareas hechas	0 %	48,1 %	51,8 %
5. Tenemos libertad para alterar las rutinas laborales diarias, para atender las preferencias de los/as residentes	0 %	40,7 %	59,2 %
6. Los/as residentes pueden participar de manera individualizada en las rutinas diarias	11,1 %	22,2 %	66,6 %
7. Se realiza una evaluación a diario de las necesidades de los/as residentes	19,2 %	50 %	30,7 %

En el ítem 3: *La historia de vida se emplea y se tiene en cuenta en los planes de cuidado del centro* y el ítem 7 *Se realiza una evaluación a diario de las necesidades de los/as residentes*, existen un total de casos válidos de 26 (96,3 %) y uno perdido (3,7 %), en ambos casos.

En cuanto al *Nivel de apoyo organizativo*, la media del cómputo total de ítems de esta dimensión es de 2,4 de un total de 3 puntos (equivalente a 8 sobre 10). Por lo que los/as profesionales, mayoritariamente valoran la organización del centro con puntuación alta.

Un alto porcentaje de las personas que trabajan en el centro (62,9 %) advierten la falta de tiempo para proporcionar un cuidado específico a cada residente. La media de este ítem es de 2,3 sobre 3. Además un 51,8 % prioriza que el trabajo diario esté hecho, a que el centro siga un modelo de estilo de hogar.

En cuanto al *Grado de accesibilidad del entorno* según la perspectiva de los/as profesionales, la media obtenida es la menor de todas las dimensiones con un resultado de 2,2. La nota equivalente sobre un total de 10 correspondería a un 7,3. Asimismo, será valorada y contrastada, a través del cuestionario ambiental.

En la Tabla 5 se muestran las dimensiones y porcentaje total de valoración por parte de los/as profesionales sobre el nivel de cuidado proporcionado.

Tabla 5. Dimensiones de la autopercepción sobre el cuidado proporcionado.

Dimensión	Media
Extensión del grado de cuidado personal	2,5
Nivel de apoyo organizativo	2,4
Grado de accesibilidad del entorno	2,2
Total dimensiones	2,3

Se concluye que, en general, la autopercepción de los/as profesionales sobre los cuidados que proporcionan, es positiva. La media total sería de un 7,8 sobre 10.

3.3. DATOS DEL ANÁLISIS AMBIENTAL

Tras la observación de los espacios y cumplimentación del cuestionario, se presentan los resultados por áreas.

Seguridad

En este ámbito, en el que se evalúan gradientes, iluminación de espacios, seguridad en los cambios de nivel, o caminos y accesos, se obtiene una puntuación de 10, de un total de 14 puntos.

Ver y ser visto

En este área se valoran la fácil identificación de entradas y salidas, de lugares de interés o del siguiente destino. La puntuación es de 3 puntos, de un total de 8.

Familiaridad

Este apartado valora los espacios *estilo hogar* teniendo en cuenta: si el espacio es acogedor, si su función es obvia, las características arquitectónicas y su decoración. La valoración obtenida es 5, de un total de 8 puntos.

Tamaño

Este ámbito se centra en que el tamaño de los espacios sea el adecuado y aporte los niveles de intimidad óptimos, obtiene la máxima valoración, 4 puntos de los 4 posibles.

Variedad de espacios

Se valora la intimidad o la existencia de espacios que faciliten las relaciones sociales. La puntuación obtenida es de 2, de un total posible de 4 puntos.

Movimiento y compromiso

Se mide la variedad de espacios exteriores con sombra o soleados, donde poder sentarse o relajarse, participar u observar situaciones de interés. Esta dimensión obtiene la máxima puntuación, 8.

Reducción de estímulos

Se evalúa la presencia de señalizaciones, facilitación de información simple y esencial, si existe megafonía, los ruidos que se producen, los olores o el contraste de los suelos. La puntuación obtenida es de 9, de 12 puntos posibles, viéndose afectada temporalmente por las obras que se están realizando en el centro.

Mejora de estímulos

El apartado valora la facilitación de espacios intuitivos, dotados de señales o signos que ayuden a las personas a orientarse. El centro obtiene una puntuación de 5 puntos, de un total de 10, ya que existen muchos espacios donde hay un riesgo elevado para desorientarse, como las rampas de acceso a los dormitorios o los pasillos distribuidores.

Para una mayor comprensión de los datos, se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6. Dimensiones de la evaluación ambiental

Dimensión	Total Posible	Total Obtenido
Seguridad	14	10
Ver y ser visto	8	3
Familiaridad	8	5
Tamaño	4	4
Variedad de espacios	4	2
Movimiento y compromiso	8	8
Reducción de estímulos	12	9
Mejora de estímulos	10	5
Total dimensiones	68	46

La suma de las dimensiones es de 46 puntos, de un total posible de 68 (6,7 sobre un máximo de 10). Realizando un cómputo global de los tres parámetros analizados; perspectiva de las personas mayores sobre su estado emocional (7,3), percepción de los/as profesionales sobre los cuidados que otorgan a los/as residentes según el MACP (7,8) y la evaluación ambiental realizada por la investigadora (6,7) el centro recibe una puntuación media de 7,2 en una escala del 1 al 10 en adaptación al MACP.

4. DISCUSIÓN

Los objetivos generales propuestos para esta investigación han sido evaluar un centro asistencial psicogeriátrico de Málaga según el MACP desde diferentes perspectivas, y aportar nuevas pautas para sugerir cambios hacia el nuevo modelo.

En base a los resultados obtenidos, y como respuesta a los objetivos mencionados, se analiza su consonancia respecto a trabajos previos.

Debido al amplio alcance de la investigación, se procede a subdividir en secciones las conclusiones obtenidas.

4.1. RESIDENTES

La muestra de residentes estudiada supone un 20 % de la población total del centro por lo que, aunque es reducida, se considera suficientemente representativa dado el alcance y las limitaciones del estudio.

El nivel instructivo de los/as residentes analizados/as, es bajo. Las profesiones que realizaban están relacionadas con el sector primario.

Según el estudio de la muestra, las mujeres parecen valorar más negativamente su situación emocional y los varones sienten un nivel menor de autodeterminación. En general, los valores de autodeterminación de la muestra residencial son elevados, coincidiendo con los resultados del estudio de Gummà y Castilla (2017) en los que se sugiere que las personas que viven en modelos “como en casa”, como el MACP, poseen una mayor autodeterminación.

Siguiendo investigaciones como la de Koren (2010), es de esperar que en estudios posteriores, si decide implementarse progresivamente el MACP, la autopercepción de los/as residentes sobre su estado emocional seguirá aumentando positivamente.

Como afirman Rojo-Pérez y Fernández-Mayoralas (2011), son predictores significativos en la valoración sobre su satisfacción con la vida, salud, familia, recursos económicos, red social, ocio y tiempo libre. En el caso de la muestra observada, se muestran más satisfechos con la vida los hombres (77 %) que las mujeres (57 %), el cómputo global de dicha afirmación es elevado ya que este parámetro obtiene una puntuación media equivalente a 8,7 sobre 10.

La muestra se encuentra en un centro cerrado en el que se pueden recibir visitas todos los días en el horario establecido, pero sólo algunas personas tienen permiso para salir. Bromley et al., (2013) afirman que los/as pacientes psiquiátricos/as participantes de su estudio identifican en su mayoría a su familia, o a la clínica y compañeros/as de salud mental como su comunidad. En este caso lo hacen positivamente ya que las respuestas otorgadas a los ítems que valoran la dimensión social reciben puntuaciones elevadas.

Otros factores predictores de bienestar en estos casos, son la forma de convivencia y el tamaño del lugar donde se reside, la percepción de la soledad o si se cuenta o no con apoyo social (Rojo-Pérez et al., 2012). En cuanto al tamaño, aunque el centro es más grande de lo deseado en el MACP, mantiene bastante bien el ambiente de hogar.

Uno de los factores menos atractivos, desde la perspectiva ACP, es la falta de contacto con el exterior del centro, por sus características y las de sus residentes y por su ubicación, ya que queda algo separado de éste y sólo existe una línea de transporte urbano hasta la que hay un recorrido a pie insalvable para algunos/as usuarios/as. Además, no existe en la actualidad ningún proyecto que promueva las relaciones sociales de las personas residentes con el exterior.

4.2. PROFESIONALES

Se considera que la muestra es suficientemente representativa, al tratarse del 60 % de la población total trabajadora del centro. La profesión que acusa una mayor temporalidad es la de monitor/a, el 60 % lleva desarrollando dichas funciones desde hace menos de un año en el centro. Además los/as gerocultores/as trabajan en turnos alternos, factores ambos de riesgo en la consecución del MACP ya que, como demuestra la literatura consultada (Barbosa et al., 2016, Brownie y Nancarrow, 2013; Calatayud, 2015), el estrés del/de la profesional que cuida a personas con demencias en centros residenciales se reduce considerablemente bajo este modelo y la satisfacción laboral aumenta, ya que promueve horarios fijos y sin rotaciones. Afectando positivamente a quienes atienden, ya que el bienestar anímico de las personas cuidadoras revierte en el cuidado que proporcionan.

Por otra parte, coincidiendo con Martínez, Díaz-Veiga, Rodríguez y Sancho (2015), en los centros ACP es imprescindible la existencia de un/a profesional de referencia, que contribuya a interconectar la parte técnica y de atención directa. Se observa cierta descoordinación y falta de alineación en objetivos y comunicación entre los/as profesionales.

El/la profesional de referencia contribuye además a vehicular y potenciar la autonomía de la persona residente y facilita las redes de comunicación entre ella, los/as profesionales y las familias. Por tanto se considera de gran importancia la implantación de esta figura.

Aunque una mayoría de los/as profesionales (casi el 63 %) asegura no tener tiempo para prestar la atención suficiente a las personas residentes, parece que este hecho no les afecta especialmente, ya que afirman sentirse comprendidas (55 %) y muy queridas (75 %). Más de la mitad de los/as profesionales (51 %) dan prioridad al trabajo realizado, antes que hacer sentir a las personas residentes “como en casa”, síntoma de que la implantación del MACP es todavía muy incipiente en el centro en ese aspecto.

4.3. AMBIENTE

Coincidiendo con Becerra (2017), el concepto arquitectónico de la ACP empleado como herramienta terapéutica no farmacológica, puede contribuir a desempeñar un papel importante en la recuperación o mejoría. Es una manera alternativa de abordar la salud mental, partiendo de teorías como la de la psicología ambiental, nacida en la década de 1960. En el centro analizado se están construyendo grandes ventanales para permitir la entrada de luz y disfrute de las vistas del lugar, anchos pasillos con suelos antideslizantes y baños adaptados. Además, se encuentra en un enclave único acotado por una valla de cristal que facilita la sensación de amplitud y reduce la de encierro. Rojo-Pérez y Fernández-Mayorales (2018) dan especial importancia a los exteriores, que contribuyen a la socialización y pueden ser espacios para la reflexión y el relax. En este caso, los jardines tienen circuitos cerrados en los que poder pasear, un espacio con maquinaria para hacer ejercicio y rincones con bancos al sol o a la sombra, que aportan los numerosos árboles del jardín.

En el interior existen varios espacios no adaptados al MACP. Comedor y office se encuentran divididos por una pared que no permite la interacción de los/as residentes con las labores propias de las comidas, los salones tienen todo el día el ruido del televisor en marcha y los pasillos son largos y desorientan fácilmente. Puntos que los autores citados valoran como negativos en la evaluación ambiental.

Sancho y Rodríguez (2001) comentan que el formato ideal para implementar el MACP en centros de gran tamaño son las Unidades de Convivencia (UC). Se localiza un espacio apropiado y se propone como proyecto piloto antes de seguir avanzando en la implementación del MACP.

Para mejorar la calidad de vida, Goffman (1961) da especial importancia a la seguridad percibida y real de las personas mayores residentes. El centro se distribuye en diferentes desniveles que quedan superados mediante rampas de acceso, aunque la identificación de entradas y salidas de lugares de interés o del siguiente destino, no siempre resulta intuitiva. Los espacios que pueden suponer un riesgo quedan tras puertas cerradas con llave para una mayor seguridad.

Los espacios *estilo hogar* como predictores de una buena adaptación al MACP están bastante conseguidos en este caso, especialmente en el exterior, aunque algunos espacios comunes como pasillos, rellanos distribuidores o baños, conservan el antiguo aspecto hospitalario.

Por otra parte, los espacios tienen el tamaño justo, aportando los niveles de intimidad adecuados. En los exteriores del centro existen lugares donde poder reunirse para celebraciones o realizar ejercicio y espacios que aportan intimidad. Aspectos a tener en cuenta, según Koren (2010), si se pretende conseguir una adaptación adecuada al MACP. El centro estudiado recibe una puntuación media de 7,2 sobre 10, por lo que su nivel de adaptación a la ACP es correcto, aunque mejorable.

5. CONCLUSIONES

Cabe destacar que este estudio se encuentra enmarcado en el ámbito de la gerontología y la ACP, desde la perspectiva del Trabajo Social. Esta profesión, por su propia multifuncionalidad, es la idónea para erigirse como impulsora de la nueva perspectiva de los residenciales para personas mayores. Centros en los que se promueva el cambio que se realice desde la pasividad y la atención al/a la usuario/a desde el servicio, a espacios que den prioridad a las emociones, las necesidades, el proyecto vital de las personas residentes, que promuevan la autodeterminación y, en definitiva la calidad de vida.

El/la profesional de Trabajo Social con especialidad en el ámbito de la gerontología, debido a su preparación, es probablemente el/la técnico/a mejor capacitado/a para aportar los recursos necesarios con la sensibilidad suficiente para acompañar a los/as profesionales, familiares y residentes, hacia un cambio en el que la persona mayor sea el centro real y vivo de las actuaciones que se realicen.

Pese a las limitaciones causadas debido a la falta de tiempo y recursos, este estudio ha intentado obtener el mejor provecho del tiempo y los medios disponibles.

En el caso del análisis de los/as profesionales, cabe comentar que existen herramientas más completas que las empleadas, pero las restricciones mencionadas obligan a valerse de un formato más reducido. Por otra parte, se hace notar que algunos/as profesionales no logran el anonimato deseable al cumplimentar el cuestionario de evaluación, debido a que son claramente identificables por algunas características como la edad, o su única existencia como profesional de su especialidad en el módulo.

En cuanto al sistema de evaluación de las personas residentes, cabe destacar que en algunas ocasiones su nivel cognitivo, y cierta dificultad en el habla y modo de expresión, hacen difícil la comprensión por parte de la evaluadora y, asimismo, complican el entendimiento de las preguntas a la persona encuestada. Debido a ello, en algunas

ocasiones la investigadora no puede evitar tener que hacer cierta interpretación de las respuestas, lo que conlleva que se cree cierto sesgo. Además, algunas de las personas residentes pueden responder en base a cierta deseabilidad social, teniendo en cuenta que sus respuestas son recogidas una a una por la evaluadora externa. Este sistema facilita la comprensión, pero a su vez elimina el factor íntimo y anónimo deseable.

Por otra parte, cabe comentar que en el cuestionario empleado para valorar a las personas residentes existen preguntas que podrían crear un fallo de doble negativa; como serían el caso de sentencias como *No me gustan las actividades que hago aquí* o *La gente no me escucha cuando hablo*. Se evita este punto al ser realizadas y recogidas por la investigadora.

También se tiene en cuenta que, debido al sesgo que suponen los trastornos mentales y las demencias, hubiera sido interesante la realización previa de diversos cuestionarios para determinar su nivel de cognición.

Se opta por el cuestionario de evaluación emocional EBES-CTV ya que se concluye que es de interés de la investigación medir este aspecto de la calidad de vida de manera pormenorizada para que, en futuras ocasiones, pueda realizarse una comparativa con el posible cambio a nivel emocional.

Por otra parte, sería necesario un estudio longitudinal para perfilar resultados más ajustados a la realidad de las personas residentes del centro, puesto que no existen referencias anteriores que puedan mostrar a qué factores obedece el buen resultado general obtenido y tampoco se conoce qué influencia puede suponer la adaptación al MACP. Por tanto, sería óptimo seguir evaluando en el futuro para dar cuenta de los cambios realizados y contribuir a verificar los beneficios o perjuicios de su implantación. Sólo de esta manera el proyecto de adaptación a la ACP quedará ajustado a las necesidades y peculiaridades concretas de familias, profesionales, residentes e infraestructuras del centro.

Asimismo, es importante advertir la necesidad de ampliar estudios sobre el modelo de ACP enfocados a los cuidados de las personas con enfermedad mental ya que no envejecen igual debido a sus características propias, que agudizan las problemáticas de salud que puedan presentarse con la vejez.

La bibliografía analizada se circunscribe a los diferentes tipos de demencias, especialmente al Alzheimer, pero no existe apenas literatura específica sobre el MACP aplicado a las personas mayores con enfermedades mentales residuales y de largo recorrido.

Debido a ello, esta investigación se ha encontrado con la imposibilidad de establecer comparativas con otros de similares características. Por tanto, es primordial la necesidad de seguir investigando desde diferentes perspectivas profesionales, la incidencia de la ACP en los centros de tratamiento de personas dependientes con problemas de salud mental.

Desde estas líneas, se propone este estudio como herramienta base de trabajo en la implantación del MACP. La metodología empleada ha combinado técnicas cualitativas y cuantitativas, cada una de ellas configurada como necesaria e ineludible para su implementación.

Como apunte final, queda nombrar la interesante iniciativa revolucionaria en el *estilo hogar* y dentro del MACP, proveniente de los países nórdicos llamada *Dementia village*. Da un paso más allá dentro del modelo de atención a las personas mayores con demencias. Se trata de centros controlados y acotados con aspecto de pueblo, que disponen de viviendas unifamiliares, restaurantes, centros de ocio y tiendas, en los que las personas residentes realizan una vida normalizada adaptada a su capacidad. Este modelo está reproduciéndose en otros países, demostrando ser un modo de convivencia muy eficaz en el tratamiento de estas patologías puesto que aporta seguridad a familias y residentes sin mermar su sensación de autonomía, promoviendo así su envejecimiento activo y aportándoles una mejor calidad de vida. Sin duda sería muy interesante poder reproducir este modelo con personas mayores dependientes con diversos problemas de salud mental.

Se concluye que el cambio de paradigma residencial, que va del asistencialismo y la pasividad, a la autonomía y la autodeterminación, es necesario para mejorar la calidad de vida de estas personas.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Barbosa, A., Nolan, M., Sousa, L. y Figueiredo, D. (2016). Implementing a psycho-educational intervention for care assistants working with people with dementia in aged-care facilities: Facilitators and barriers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 1-25. doi: 10.1111/scs.12333
- Bertakis, K. D. y Azari, R. (2011). Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3), 229-239. Recuperado de <http://doi:10.3122/jabfm.2011.03.100170J>

- Bromley, E., Gabrielian, S., Brekke, B., Pahwa, R., Daly, K., Brekke, J. y Braslow, J. (2013). Experiencing Community: Perspectives of Individual Diagnosed as Having Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 64(7). Recuperado de <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200235>
- Calatayud, R. (2016). Fundación Pilares.org. 2.º Premios Fundación Pilares. Modelo de evaluación y gestión aplicada de competencias personales y emocionales. El talento humano centrado en la persona. Recuperado de www.fundacionpilares.org/modeloyambiente/docs/catalogoBBPP/Anexos/BP33_AYMARYPUIG_EvaluacionGestionCompetencias_Anexo.pdf
- Carmona, M. J. (2017) Envejecer entre amigos para envejecer mejor: cooperativas de mayores. Recuperado de <https://www.equaltimes.org/envejecer-entre-amigos-para?lang=es#.WP9uePnyjX>
- Consejo de Europa. (1998). Recomendación n.º 98-9 del Comité de Ministros de los Estados miembros relativa a la dependencia. Recuperado de <https://sid.usal.es/idocs/F3/LYN10476/3-10476.pdf>
- Edvarsson, D., Fetherstonhaugh, D., Nay, R. y Gibson, S. (2010). Development and Initial testing of the Person-Centered Care Assessment tool (PCAT). *The National Center for Biotechnology Information*, Feb; 22(1):101-8. doi: 10.1017/S1041610209990688
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J. y Kallmyer, B. (2018). The fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *The gerontologist*, 58(1), 10-19. doi: [10.1003/geront/gnx122](https://doi.org/10.1003/geront/gnx122)
- Fleming, R., Bennett, K. A., Preece, T. y Phillipson, L. (2017). The development and testing of the dementia friendly communities environment assessment tool (DFC EAT). *International Psychogeriatrics*, 29(2), 303-311.
- Goffman, E. (1961). *Asylums; essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City, Estados Unidos: Anchor Books.
- Gummà, E. y Castilla, M. R. (2017). Cohousing de personas mayores. Un recurso residencial emergente. *Documentos de Trabajo Social*, 59, 51-84. Recuperado de http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista_dts/59_3.pdf
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. (2015). *Comunidad terapéutica*. Recuperado de <https://www.huvv.es/hospital/unidades-organizativas/comunidad-terapeutica>
- Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: the culture-change movement. *Health Affairs*, 29(2) 312-317. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0966
- Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Rodríguez, P. y Sancho, M. (2015). Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos. *Informes envejecimiento en red*, 2015(12). Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/>

- Organización de Consumidores y Usuarios, OCU (7 de diciembre de 2017). Encuesta de OCU: el 82 % de los mayores españoles quiere envejecer en su propia casa. *OCU La fuerza de tus decisiones*. Recuperado de <https://www.ocu.org/organizacion/prensa/notas-de-prensa/2017/mayores-vivienda-07122017>
- Rojo-Pérez, F. y Fernández-Mayoralas, G. (2011). “Los determinantes subjetivos en la Calidad de vida en la vejez y factores explicativos”, en Rojo-Pérez, F., y G. Fernández-Mayoralas (Eds.), *Calidad de Vida y Envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida* (339-360). Bilbao, España: Fundación BBVA.
- Rojo-Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., Rodríguez-Rodríguez, V., Forjaz, M. J., Rodríguez-Blázquez, C., Prieto-Flores, M. E., Rojo-Abuin, J. M. y Martínez-Martín, P. (2012). The Personal Wellbeing among Community-Dwelling Older Adults in Spain and Associated Factors. *Journal of Social Research y Policy*, 3(2) 67-94.
- Rojo-Pérez, F. y Fernández-Mayoralas, G. (2018). La calidad de vida en la población mayor. *Panorama Social. Envejecimiento de la población, familia y calidad de vida en la vejez*, 2018(28), 49-68. Recuperado de https://www.funcas.es/publicaciones_new/Sumario.aspx?IdRef=4-15028
- Sancho M. y Rodríguez P. (2001). Envejecimiento y protección social a la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro. *Revista de intervención psicosocial*, 10(3), 259-275. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179818268002.pdf>
- Sancho, M., del Barrio, D., Prieto, E., Díaz-Veiga, P. y Yanguas, J. (2016) Primero las personas: Cuidar como nos gustaría ser cuidados. Recuperado de https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/566144/carta_primero_las_personas_es.pdf/c61be0b7-4139-465e-8f07-941574d0a2ac
- Theurer, C., Mortenson, W. B., Stone, R., Suto, M., Timonen, V. y Rozanova, J. (2015). The need for a social revolution in residential care. *Journal of aging studies*, 35(2015) 201-210. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890406515300347#>