



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades

Máster Universitario en Dirección e Intervención
Sociosanitaria

Capacitación en la atención centrada en
las personas para las familias de personas
institucionalizadas en la residencia San
Andrés (Eibar – Gipuzkoa)

Trabajo fin de estudio presentado por:
Tipo de trabajo:
Directora:
Fecha:

Itziar Elustondo Elorza
Proyecto de intervención
María Victoria Ochando Ramírez
21 de septiembre del 2022

Resumen

Los servicios dirigidos a las familias cuidadoras que ofrece la cartera de Servicios Sociales del País Vasco finaliza con la institucionalización de la persona dependiente en un recurso residencial. Pero la labor de cuidadora de la familia no finaliza en ese momento. La buena adaptación de la familia en el centro facilitará a su vez la adaptación de la persona mayor y su bienestar.

Con este proyecto de intervención se pretende capacitar a las familias de personas mayores institucionalizadas en el centro Residencial San Andrés en el modelo de atención centrada en la persona como fórmula para mejorar su satisfacción y comunicación con la residencia y así realizar un trabajo desde la confianza y entendimiento mutuo.

Para ello, se ha diseñado un proyecto de capacitación con seis sesiones de dos horas de duración donde se abordarán temas fundamentales para la vida en la residencia; el modelo de atención centrada en la persona, deseos y preferencias, la participación de la planificación, las sujeciones y el bienestar, final de la vida, limitaciones éticas y del entorno.

Palabras clave: familias, centro residencial, adaptación, capacitación, atención centrada en la persona.

Abstract

The services addressed to family carers offered by the Social Services Department of the Basque Country end with the institutionalisation of the dependent person in a residential resource. But the family's work as a carer does not end at that point. The good adaptation of the family to the centre will enable the adaptation of the elderly person and their well-being.

The aim of this intervention project is to train the families of elderly people institutionalised in the San Andrés Residential Centre in the model of person-centred care as a formula for improving their satisfaction and communication with the residence and thus to work on the basis of trust and mutual understanding.

For this purpose, a training project has been designed with six two – hour sessions where fundamental issues for life in the residential facility will be addressed; the person-centred care model, wishes and preferences, the participation of planning, restraints and well-being, end of life, ethical and environmental limitations.

Keywords: families, residential center, adaptation, training, person-centered care.

Índice de contenidos

1. Introducción	8
1.1. Justificación	10
1.2. Objetivos del TFE	12
2. Marco teórico	13
2.1. Envejecimiento	13
2.1.1. Etapa final de la vida	16
2.1.2. Datos del envejecimiento en España	18
2.2. Dependencia	19
2.2.1. Proceso de valoración, instrumentos y grados	21
2.3. Atención a las personas en situación de dependencia	24
2.3.1. Cuidado formal y cuidado informal	24
2.3.2. Crisis de los cuidados informales	26
2.4. Las personas cuidadoras ante la dependencia	27
2.4.1. Perfil de la persona cuidadora	29
2.4.2. Sistema familiar sustentadora de cuidados	30
2.4.3. Consecuencias del cuidado	33
2.4.4. Programas dirigidos a las personas cuidadoras	34
2.5. Las familias ante la institucionalización	42
2.5.1. La adaptación al centro	43
2.5.2. Datos de la población atendida en residencias para mayores	45
2.6. Modelo de atención en los centros	46
2.6.1. Del modelo tradicional al modelo de atención centrado en la persona	47

2.6.2.	Calidad Integrada.....	51
2.6.3.	Participación de las familias en los centros	53
2.7.	Marco Legislativo.....	54
2.7.1.	Nivel internacional.....	54
2.7.2.	Nivel nacional	55
2.7.3.	Nivel autonómico.....	57
2.7.4.	Nivel foral	60
2.8.	Centro Residencial San Andrés.....	63
3.	Diseño metodológico	66
3.1.	Objetivos del proyecto.....	67
3.2.	Población beneficiaria.....	68
3.3.	Actividades y tareas	69
3.4.	Organigrama	76
3.5.	Cronograma.....	77
3.6.	Recursos	79
3.7.	Evaluación	84
4.	Conclusiones.....	91
5.	Limitaciones y Prospectiva	94
6.	Referencias bibliográficas	96
Anexo A.	Cuestionario semanal. Participantes.....	104
Anexo B.	Cuestionario final. Participantes.....	105
Anexo C.	Cuestionario Semanal. Persona guía - formadora.	106
Anexo D.	Cuestionario Semanal. Profesional del centro.	107
Anexo E.	Registro de participantes y asistencia.	108

Índice de figuras

Figura 1. <i>Proceso del reconocimiento de la dependencia</i>	21
Figura 2. <i>Persona cuidadora principal según sexo y franja de edad.</i>	29
Figura 3. <i>Composición de la familia cuidadora</i>	31
Figura 4. <i>Las familias cuidadoras según número de miembros.</i>	32
Figura 5. <i>Dimensiones de la calidad de vida.</i>	52
Figura 6. <i>Organigrama Centro Residencial San Andrés para el proyecto.</i>	77

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Dependencias: Grados, niveles y puntuación.</i>	23
Tabla 2. <i>Resumen. Servicios y prestaciones de atención primaria. Competencia municipal...</i>	36
Tabla 3. <i>Resumen. Servicios y prestaciones de atención secundaria. Competencia foral.</i>	40
Tabla 4. <i>Resumen. Servicios y prestaciones que provee el Gobierno Vasco.</i>	41
Tabla 5. <i>Resumen. Estadios de adaptación de la familia al centro.</i>	43
Tabla 6. <i>Distribución de las personas residentes. Franja de edad y sexo.</i>	64
Tabla 7. <i>Evolución de ingresos y bajas (causas). Mujeres, hombres y total.</i>	65
Tabla 8. <i>Estructura básica del proyecto.</i>	66
Tabla 9. <i>Resumen. Contenidos principales de las sesiones.</i>	69
Tabla 10. <i>Temporalización del proyecto.</i>	78
Tabla 11. <i>Recursos materiales y técnicos por sesión.</i>	80
Tabla 12. <i>Profesionales del centro por contenido de cada sesión.</i>	83
Tabla 13. <i>Presupuesto del proyecto.</i>	84
Tabla 14. <i>Tipo de herramienta de evaluación en cada fase.</i>	86
Tabla 15. <i>Indicadores de evaluación.</i>	89

1. Introducción

El envejecimiento de la población mundial es una realidad que tiene grandes repercusiones a nivel mundial. Todos los organismos internacionales están abordando el tema, sus implicaciones y repercusiones. En las sociedades desarrolladas, se están alcanzando cotas de envejecimiento que hacen tambalear la sostenibilidad de las políticas nacionales de bienestar. Pero en los países en vías de desarrollo también se está aumentando la esperanza de vida de la población con gran impacto para sus sistemas nacionales.

En España la población de personas mayores de 65 años alcanza el 19,6% de la población (p. 8), la esperanza de vida al nacer es de 80,96 años para los hombres y 86,22 años para las mujeres (p. 4), y la población más longeva también va en aumento (p. 8). Estos datos seguirán en ascenso en los próximos años según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística, INE, (2020).

Los avances científico-técnicos han aportado innegables mejoras en la salud, en el bienestar y en la calidad de vida. Pero, aunque el cúmulo de años no es sinónimo de dependencia, enfermedad o fragilidad, sí trae consigo la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes que generan la necesidad de cuidados continuados y de larga duración.

En nuestra sociedad mediterránea, en el sur de Europa y, más concretamente, en España, la familia es la proveedora de cuidados de las personas en situación de fragilidad y/o dependencia. Pero se ha producido un cambio en la estructura familiar, y eso dificulta a las familias el poder cuidar de estas personas en el entorno familiar.

La mayoría de las personas quiere envejecer en su domicilio cuidadas por su entorno familiar (Labrador, 2007, p. 13). Las políticas sociales actuales quieren avanzar en esta línea. Quieren favorecer, facilitar y acompañar el cuidado en el entorno familiar, pero sin dejar de lado el avance en recursos y centros donde atender a las personas mayores que no pueden ser atendidas y cuidadas en casa por diversas causas o razones. Por ello, que es necesario mejorar en la calidad de la atención y vida de las personas institucionalizadas y sus personas queridas, allegadas y familias con programas, proyectos y recursos innovadores, enfocadas a su bienestar.

En esta línea se presenta el siguiente proyecto de intervención con el objetivo de capacitar a las familias de personas mayores institucionalizadas en el centro residencial San Andrés de Eibar (Gipuzkoa) en el modelo de atención centrada en la persona. Y para ello, este documento consta de tres partes: primeramente, se aborda el marco teórico y jurídico para contextualizar la situación inicial de partida; a continuación, se presenta el proyecto de capacitación diseñado; para finalizar, se encuentran las conclusiones más relevantes extraídas del proyecto, las limitaciones encontradas y una mira al futuro del proyecto.

En la primera parte de contextualización de la situación de partida se aborda el envejecimiento y sus posibles repercusiones a nivel individual, la necesidad de cuidado y las formas de cuidado formal e informal que existen. El cuidado de las personas mayores dependientes es un trabajo continuado que ejercen, habitualmente, mujeres durante un periodo largo de tiempo con la esperanza de mantener a las personas mayores dependientes en su entorno habitual, el máximo tiempo posible. Este deseo es compartido tanto de las personas mayores y sus familias como de las administraciones públicas.

El Sistema Vasco de Servicios Sociales (SVSS) recoge una amplia cartera de prestaciones, resumidos en este documento, con el fin de agilizar la carga y ayudar a las personas cuidadoras y mayores dependientes. El sistema impulsa y avala el modelo de atención centrada en la persona con el objetivo de garantizar el cuidado digno de las persona frágiles y vulnerables. Por lo que se recoge las características principales y diferenciadoras del modelo y las claves para su implantación en los centros residenciales.

El marco jurídico ocupa un gran espacio del trabajo. Se realiza un repaso desde la Declaración de los Derechos Humanos internacionales a favor del trato digno a las personas, pasando por la Ley para la promoción de la autonomía y la atención a la dependencia nacional, para seguir con en el Sistema Vasco de Servicios Sociales y el procedimiento de acceso a los Centros Residenciales en Gipuzkoa. Se realizará también una pequeña aproximación a las líneas generales del plan de acción que la Diputación Foral de Gipuzkoa está llevando a cabo donde encaja el proyecto de intervención.

Para finalizar esta primera parte y con el objetivo de contextualizar mejor el proyecto de intervención diseñado se describen las características del Centro Residencial San Andrés.

En la segunda parte se encuentra el diseño del proyecto de capacitación objeto de este trabajo de intervención. El proyecto está dirigido a las familias de las personas que residen en el Centro Residencial San Andrés de Eibar, ubicado en el Territorio Histórico de Gipuzkoa. El objetivo es capacitarlas en el modelo de atención centrada en la persona con el fin de mejorar la satisfacción general de las familias con el centro. En el proyecto se abordarán temas relacionados con la vida en la residencia desde el modelo de atención centrado en la persona: la persona mayor y sus deseos y preferencias; participación en la planificación de la atención; las sujeciones, la asunción del riesgo y el bienestar; el derecho a saber y el final de la vida; las limitaciones éticas y del entorno. La evaluación del proyecto se realizará en base a su eficacia, el impacto, la participación y el esfuerzo realizado.

Y al final del trabajo se encuentran las conclusiones del trabajo, las limitaciones y la prospectiva a futura.

1.1. Justificación

Este proyecto de intervención corresponde al trabajo final del Máster de Dirección e Intervención Sociosanitaria de la Universidad Internacional de La Rioja.

El cuidado de una persona mayor dependiente es una labor de larga duración que abarca cantidad de tareas, preocupaciones y responsabilidades. Genera, además de algunas alegrías y satisfacciones, muchas consecuencias negativas para la persona que realiza el cuidado y para el sistema familiar. Consecuencias personales, psicológicas, sociales, relacionales, laborales, económicos, etc.

La institucionalización en un recurso residencial de un familiar o una persona querida es una decisión difícil de tomar. En muchas ocasiones, la institucionalización llega después de un largo período de cuidados. Puede ser que no haya habido un período de cuidado previo, pero sea cual sea la razón o la circunstancia que hayan llevado a la decisión de institucionalizar a la persona dependiente, la adaptación y la integración de la familia al entorno residencial es una labor que hay que realizar con planificación desde las entidades gestoras de los recursos. En muchas ocasiones, desde los centros residenciales se ha pensado que su labor debía centrarse exclusivamente en la atención y el cuidado de la persona usuaria y se han dejado de lado las necesidades de las familias.

En una sociedad como la nuestra en la que se da tanta importancia al cuidado de la persona en el entorno habitual o comunitario, se debería reforzar la labor de las personas cuidadoras con más y mejores servicios, recursos, prestaciones y programas. Es bien sabido que las administraciones públicas no pueden soportar tantas horas de cuidado, dedicación y preocupaciones, esa labor que realizan las mujeres y queda invisibilizada bajo el paraguas del cuidado informal.

En el Centro Residencial San Andrés se lleva tiempo trabajando de forma transversal el bienestar emocional de las familias. Se acompaña a las familias en las diferentes etapas de la vida en la residencia, desde el acompañamiento en el proceso de adaptación, la vida en la residencia, los procesos agudos de la enfermedad, la etapa final de la vida y las decisiones previas ante la muerte, los cuidados paliativos, la muerte y el duelo. Pero esa labor no está integrada o sistematizada dentro de una estrategia y un programa de acompañamiento a las familias. Desde la dirección y el equipo interdisciplinar se aprecia la existencia de esta necesidad.

El Sistema Vasco de Servicios Sociales ofrece a través de su cartera un servicio de apoyo a personas cuidadoras no profesionales que tiene entre sus objetivos mejorar la calidad de vida de estas (Decreto 185/2015, 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales Anexo I. A.). Este servicio finaliza una vez la persona dependiente está institucionalizada y no se ofrece otro recurso similar para las familias de las personas institucionalizadas. Sería conveniente que el sistema vasco siguiera considerando a las familias de las personas institucionalizadas personas cuidadoras. Puesto que el cuidado familiar no finaliza con la institucionalización, simplemente se transforma, y por tanto es necesario ofrecer servicios y recursos específicos dirigidos a satisfacer las necesidades de estas familias. Mientras eso suceda, tendrán que ser los propios centros residenciales con sus propios recursos quienes afrontarán parte de las necesidades detectadas con proyectos diseñados ad-hoc, como en el caso que se presenta.

Este proyecto quiere acompañar a las familias en el proceso de adaptación al centro y al nuevo rol de cuidador que desempeñan. Para ello, se ofrece a las nuevas familias del centro la oportunidad de conocer la visión del modelo de atención centrada en la persona (ACP) con la que se trabaja en el centro, modelo promulgado por los diferentes organismos

(internacionales, nacionales, públicos y privados). Es sabido que el modelo enriquece y empodera a la persona cuidada a la vez que ofrece mayor satisfacción personal a las personas que cuidan, sean profesionales o del ámbito familiar.

Para finalizar, me gustaría destacar mi interés personal y profesional en el proyecto. Desde la labor de trabajadora social en varias residencias para personas mayores en Gipuzkoa, este proyecto me da la oportunidad de trabajar en la línea de mis intereses. La satisfacción de las familias es el objetivo principal de la labor que realizo, el bienestar de éstas es fundamental para que la vida en el centro fluya de manera armoniosa y sosegada, y facilita, a su vez, la adaptación y el bienestar de las personas mayores institucionalizadas y el trabajo del equipo profesional.

1.2. Objetivos del TFE

Objetivo general: diseñar una propuesta de intervención para la capacitación de las familias de personas mayores usuarias del centro residencial San Andrés de Eibar (Gipuzkoa).

- Identificar causas y consecuencias del envejecimiento y la dependencia y su contextualización.
- Analizar las dificultades y repercusiones del cuidado de una persona dependiente para la persona cuidadora y su entorno familiar.
- Definir cómo afecta a la familia el ingreso en el centro residencial de la persona mayor dependiente.
- Realizar revisión documental del Modelo de Atención Centrada en la Persona y las claves para el cambio de modelo en los centros residenciales.
- Examinar los programas dirigidos a las familias cuidadoras en el contexto comunitario y residencial.
- Definir las actividades del proyecto de intervención para las familias.

2. Marco teórico

Esta primera parte es el acercamiento teórico y jurídico al tema de la atención a las familias en las residencias de personas mayores dependientes. Para introducir al tema de forma amplia se desarrollan ocho apartados diferentes. En el primer apartado se trata el envejecimiento como fenómeno global centrándolo en el marco español. En el segundo apartado se analiza el concepto de la dependencia y el procedimiento establecido para su reconocimiento. En el tercer apartado se aborda el cuidado, sus características, formas, tipos y la dificultad socio-estructural del cuidado en esta sociedad o la crisis de los cuidados. En el cuarto apartado se describe el perfil de la cuidadora informal y su sistema familiar y los programas que la Comunidad Autónoma del País Vasco ofrece a las familias cuidadoras para facilitar el desempeño de esta labor de cuidado. En el quinto apartado se desarrolla la institucionalización y la dificultad que genera en el proceso de adaptación los sentimientos negativos. El sexto apartado se centra en el modelo de atención que se quiere impulsar desde el proyecto. En el apartado séptimo tiene cabida toda la legislación referente a la cuestión desde un ámbito internacional al más próximo y donde hace su encaje el proyecto de intervención planteado. Y, por último, en el apartado octavo se contextualiza el proyecto con datos de la residencia donde se pretende implantar el proyecto.

2.1. Envejecimiento

El envejecimiento es un fenómeno muy amplio que se estudia desde diferentes disciplinas. A nivel individual este proceso va más allá de hacerse mayor y de los cambios físicos, psicológicos y sociales, y es un proceso de adaptación. Sin olvidar que también debe servir como cierre de los procesos personales y preparación a la muerte. El envejecimiento como cambio sociodemográfico tiene gran repercusión a nivel nacional por lo que es necesario identificar el alcance analizando los datos y proyecciones para las próximas décadas.

La vejez es una etapa más de la vida junto con el nacimiento, la niñez, la adolescencia, la etapa madura o adulta. En un momento dado, la persona empieza a envejecer. Pero no comienza para todas las personas en un momento exacto o concreto, y tampoco todas las partes del cuerpo envejecen a la vez. Y es un fenómeno que engloba, lo físico, lo psicológico, lo social

según afirma Formiga en *Senescència la Revista en línia de la Universitat de Barcelona sobre salut i bienestar* (2014, párr. 4).

Rogero (2010, p. 31), basándose en el *Estudio 2758 del Centro de Investigaciones Sociológicas* (2008), explica que la razón para pensar que una persona ha entrado en la vejez es, principalmente, el deterioro en la salud, seguido de la edad, aspecto físico, deterioro intelectual y la forma de ser y pensar, en ese orden. Por lo que la edad cronológica no es el primer factor. Para Bazo (1990, p. 158), en cambio, una persona es vieja cuando el resto considera que lo es, es decir, que la vejez comienza cuando a los ojos de las demás personas ésta se ha hecho vieja.

Y la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone la edad como forma clasificatoria y considera que persona mayor es aquella persona de más de 60 años. La convención interamericana sobre los Derechos Humanos de las personas mayores realizado en Washington, en 2015, recoge en su artículo 2 que cada país podrá determinar una edad menor o mayor, siempre y cuando ésta no supere los 65 años. En los países desarrollados el umbral de persona mayor o persona adulta mayor está establecido en los 65 años. Por lo que, dependiendo del contexto socio - económico en el que se encuentre la persona, entrará antes o después en la categoría de persona mayor.

La vejez no se puede definir con exactitud. La dificultad de consenso en la definición radica exactamente en el sinfín de teorías, corrientes y perspectivas que han surgido en el análisis biológico, psicológico y social del envejecimiento. A continuación, se recogen de forma muy resumida los principales aspectos en los que se centran los estudios de la vejez según Alvarado y Salazar (2014, pp. 58-59).

- Desde la perspectiva biológica el envejecimiento es universal y se da en todas las personas, empieza con el nacimiento y continua a lo largo de toda la vida. Las teorías biológicas estudian los cambios que se producen en el cuerpo que aumentan la posibilidad de morir; cambios fisiológicos, pérdida de funciones orgánicas, la disminución la velocidad de los procesos corporales, la reducción de la inmunidad, etc.
- Desde las teorías psicológicas se estudian los cambios cognitivos, sensoriales y perceptivos, la personalidad, la capacidad creativa, el comportamiento y la capacidad de adaptación de la persona mayor.

- Y las teorías sociales analizan las diferentes maneras de adaptarse satisfactoriamente que tienen las personas mayores al nuevo contexto social y de vida.

Por tanto, no hay una forma de envejecer ni una forma de vivir esta etapa de la vida. Este proceso es de carácter multidimensional y multifactorial (Alvarado y Salazar, 2014, p. 59); es decir, la situación económica, el estilo de vida, satisfacción ante ella, el entorno social, las experiencias adquiridas, los momentos disfrutados, la influencia de las enfermedades sufridas, el cúmulo de padecimientos y los genes, entre otras muchas cuestiones, influyen en el modo de envejecer y la forma de adaptarse a ella de cada persona. Por tanto, el envejecimiento es un proceso personal, individual y diferente en cada persona. Y para Alvarado y Salazar (2014, p. 59), es fundamental no verlo solo desde las pérdidas, ya que en este proceso existe espacio para los cambios y desarrollo personal que desde su opinión se afrontan desde la experiencia y madurez.

Desde la edad adulta hasta el envejecimiento más avanzado de la etapa final existen estadísticamente muchos años de vida que se deben vivir y afrontar de forma positiva como se promueve desde las corrientes de envejecimiento exitoso, saludable y, desde el modelo más reciente acuñado por la Organización Mundial de la Salud en 2002, envejecimiento activo. Aunque cada una de ellas tiene sus matices las tres van en la misma línea.

El término envejecimiento activo impulsa la calidad de vida de las personas mayores (con o sin dependencia) en base a tres pilares: seguridad, salud y participación (OMS, 2002, p. 78). Promueve políticas, programas, ... dirigidas a las personas mayores desde los diferentes ámbitos de la vida como el social, económico, cultural, espiritual y cívico. El envejecimiento activo da gran importancia a la participación efectiva de las personas frágiles y con graves situaciones de dependencia, además de promocionar la salud, el autocuidado, el estilo de vida saludable, la actividad física, la autonomía (eliminando de obstáculos y adaptando los entornos), la seguridad, el apoyo social y la participación de todas las personas mayores (OMS, 2002, p. 79).

Con este proceso del envejecimiento activo se impulsa una etapa final de la vida activa, saludable, segura y participativa dando la oportunidad a las personas de aprovechar la vida desde los intereses personales y comunitarios generando del envejecimiento una experiencia positiva (OMS, 2002, pp.78-79)

2.1.1. Etapa final de la vida

Dentro del proceso de envejecimiento se encuentra intrínseca la aceptación de la proximidad de la muerte y la preparación ante ella (Alvarado y Salazar, 2014, p. 60). La psicología afirma que las personas que se sienten satisfechas con su manera de vivir y han podido aprovecharla se encuentran en mejores condiciones de aceptar el fin de la vida y la muerte. Esta constatación fortalece la importancia de impulsar políticas de envejecimiento activo y satisfactorio.

La preparación a la muerte tiene que ver con anticiparse a los momentos previos y posteriores de la muerte. Puede ser una preparación anticipada o inmediata (en una fase terminal o de agonía) de las disposiciones sucesorias, testamento vital, donación de órganos, atención y cuidados médicos y de enfermería, ritos funerarios y el modo de verificar el cumplimiento de todos estos deseos (Villegas, s.f., pp. 13-15). La reflexión sobre la muerte es sumamente importante para anticiparse a las futuras situaciones. Si cada cual no toma estas decisiones es seguro que otras personas las tomaran y puede las consecuencias no sean de nuestro agrado, recoge Village (s.f., p. 14) parafraseando a Preston, 2005.

Aunque la muerte es un proceso natural, en la sociedad occidental se ha tratado de esconder convirtiéndolo en tabú o en algo sobre lo que es mejor no hablar, dejando de lado, en muchas ocasiones, el trabajo personal y la preparación de este último paso de la vida. Para entender mejor este hecho Aries (2011), en su libro *Historia de la muerte en occidente; desde la Edad Media hasta nuestros días*, realiza un valioso repaso de las diferentes formas de vivir la muerte que ha tenido la sociedad occidental. Lo desglosa en cuatro etapas.

En una primera fase, antes del siglo XII, la persona cercana a la muerte era capaz de presentirlo y se preparaba con ritos para ello, esperándolo con serenidad. Alrededor de esa persona se vivía la muerte como algo cercano y multitudinario.

En una segunda etapa, entre los siglos XII y XVIII, se empieza a vivir la muerte como algo individual y se presta atención a la propia muerte. La religión, con conceptos como el juicio final y la resurrección, influye en este cambio y la persona busca salvar su alma. En este contexto tiene gran importancia la biografía personal y la personalización de la sepultura.

La tercera etapa transcurre entre los siglos XVIII y XX. La familia adquiere un papel relevante y la persona que está en sus últimos días comparte protagonismo con ella. La familia exterioriza sentimientos y empieza a tener dificultad para asumir la separación. La muerte es dolorosa y se le oculta a la persona que va a fallecer.

En la cuarta etapa, durante el siglo XX, la muerte se convierte en tabú y no se habla de ella; se da una desconexión con la muerte, privando así la opción de sentir y vivir la muerte. La familia y el personal sanitario decide sobre lo que se debe hacer, ya que se considera que conocer el propio final provoca sufrimiento. De esta manera, la persona que va a fallecer vive este proceso en soledad. La muerte está medicalizada, las personas fallecen en el entorno hospitalario con el riesgo de la obstinación terapéutica y alargando la vida de los procesos que son irreversibles.

Actualmente se está impulsando la muerte digna que está basada en el respeto al deseo y la autonomía de la persona al final de la vida. Y los cuidados al final de la vida es mucho más que una “buena muerte” (Jiménez, 2002, p. 241) y engloba la atención a procesos agudos, los cuidados paliativos, el proceso de toma de decisión, y la investigación y la educación en cuidados al final de la vida (Hurley et al., 2000, p. 2450). Se trata de humanizar y acompañar en esta última fase, de ofrecer la posibilidad de vivir esta etapa tan importante de la vida en su plenitud, cada persona a su manera, con respeto a sus ideales, valores y deseos.

Los cuidados paliativos consisten en un trabajo de acompañamiento desde una relación de ayuda, dando mayor importancia al cuidado y no tanta a la curación, y buscando siempre un proceso tranquilo, evitando el dolor y el sufrimiento al máximo, centrándose en el alivio y el confort de la persona. Consiste en dar a la persona la oportunidad sí quiere de participar en las decisiones de su propio proceso de final (días, meses o años), o respetando el deseo de no querer conocer los diagnósticos, pronósticos, etc. Este acompañamiento interdisciplinar a la persona y a la familia implica evaluar exhaustivamente las necesidades expresadas y no expresadas (en áreas sanitarias, sociales, familiares, económicas, espirituales, ...), resolver dudas y ofrecer ayuda desde el compromiso y la profesionalidad (con una comunicación sincera y de confianza que es la base de la relación de ayuda).

Y cuando lleguen los últimos momentos se debe intensificar la ayuda y el acompañamiento. Es importante permanecer al lado de la persona y de su familia para que no aparezca el

sentimiento de abandono o soledad, ya que se encuentran en una situación de fragilidad y gran incertidumbre.

Una vez conocido el proceso de envejecimiento y el afrontamiento a la última etapa de la vida, es necesario conocer el impacto de la vejez en datos numéricos y su proyección a nivel español.

2.1.2. Datos del envejecimiento en España

El envejecimiento de la población es la transformación social del siglo XXI y tiene implicaciones en todos los sectores de la sociedad y en todas las políticas públicas. La población mundial está envejeciendo, todos los países en mayor o en menor medida, están experimentando un aumento tanto en número, como en porcentaje, de personas mayores. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017, p. 40) estima que España se encuentre entre los países con mayor porcentaje de personas mayores.

España está viviendo simultáneamente un aumento de población y un proceso de envejecimiento. Este aumento de la población surge de la intersección de saldo migratorio positivo y el saldo vegetativo negativo (fallecen más personas de las que nacen). Y el envejecimiento de la población es debido a los cambios científicos, económicos y sociales que han posibilitado mejorar en aspectos como la alimentación, la higiene, la salud, la atención, los cuidados y la calidad de vida de los individuos, generando que las personas puedan sumar más años de vida y con ello un envejecimiento de la población de forma masiva.

Con ello, el porcentaje de personas de mayores de 65 años, respecto al total de la población, ha pasado del 8,2%, en 1960, al 19,36%, en 2020. Y los datos apuntan que alcanzará el 31,4%, en 2050. A partir de ahí el número de personas mayores de 65 años comenzará a descender, según la proyección del INE para los años 2020 - 2070 (2020, p. 8).

La esperanza de vida está creciendo fuertemente debido principalmente por el descenso de la mortalidad en edades avanzadas y se augura, que para el año 2069, la esperanza de vida para los hombres alcance 85,8 años al nacer (22,5 años para los que tienen 65 años) y para las mujeres 90,0 años al nacer (26,3 años para las que tienen 65 años) (INE, 2020, p. 4). Aunque coyunturalmente la pandemia del COVID-19 ha disminuido la esperanza de vida al nacimiento en 2020, en la actualidad ésta ya se está recuperando.

El grupo de edad de mayores de 80 años está creciendo a un ritmo más rápido que el grupo de edad de mayores de 65 años en su conjunto, produciéndose el fenómeno denominado el “envejecimiento del envejecimiento”, es decir, el aumento de la esperanza de vida en edades avanzadas según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017, p. 37). Y, si se mantiene la evolución demográfica actual, la población centenaria pasará de 12.551 personas, en 2020, a 217.344 personas para el 2070, según el INE (2020, p. 8).

Pero el objetivo no es, o no tendría que ser, seguir sumando años a la vida. Sino sumar calidad a los años vividos; calidad para la persona mayor y para las personas que la rodean y acompañan.

2.2. Dependencia

La dependencia es la situación de necesidad de ayuda para realizar las actividades esenciales de la vida, de forma prolongada. Con la edad aumenta la posibilidad de encontrarse en situación de dependencia, pero no es consecuencia exclusiva de la acumulación de años o el envejecimiento, también tiene que ver con las situaciones de discapacidad y enfermedad. Por lo que a continuación se describen las relaciones entre ellas. Además, la dependencia o el grado de dependencia de cada persona es la medida mediante la cual se miden los servicios, prestaciones y ayudas públicas que recibe la persona con necesidad de ayuda y su entorno sociofamiliar, por lo que en este apartado se recoge el procedimiento que se debe seguir para el reconocimiento del grado de dependencia.

La salud es el medio o el instrumento para poder desarrollar con normalidad la vida cotidiana, participar en la vida social y acceder a una actividad laboral (Carta Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986, párr. 2). Es más, la salud no se puede identificar solamente con el aspecto médico - biológico. Es un concepto más amplio y está relacionado con el entorno en el que se interactúa. Los diferentes tipos de familia, las relaciones sociales, el trabajo y el recorrido vital influyen en la salud de cada persona como factor protector de la salud o desencadenante de enfermedad (Rogerio, 2010, p. 20).

En general, con la edad las funciones del cuerpo sufren un deterioro progresivo generalizado y el cuerpo se hace más vulnerable a los factores que producen las enfermedades, aumentando el riesgo de sufrirlas. Pero, por un lado, los avances médicos y científicos han disminuido la prevalencia de las enfermedades y la mortalidad asociada a ellas, cronificando

enfermedades que antes eran mortales. Y, por otro lado, los hábitos de vida saludable pueden prevenir y retrasar muchas de las enfermedades crónicas (OMS, 2015, p. 6) por lo que se impulsan políticas de envejecimiento activo como se ha recogido con anterioridad.

La salud de la sociedad, en general, ha mejorado; se alcanzan más años de vida, pero ha aumentado la posibilidad de vivir estos últimos años en situación de discapacidad y dependencia (Rogeró, 2010, p. 20). La discapacidad, o la diversidad como se denomina actualmente, se ha definido a través de deficiencias y enfermedades hasta la publicación en 2001, de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud* (conocido como CIF) por parte de la Organización Mundial de la Salud. Ello ha posibilitado una visión más integradora, neutral, y multidimensional de las personas en esta situación (Rogeró, 2010, p. 23).

La persona con diversidad funcional (física), cognitiva (mental) o sensorial podrá desarrollar una vida normalizada, las limitaciones individuales no son el problema; lo son las barreras físicas y sociales que operan en la sociedad e impiden a la persona integrarse y desenvolverse adecuadamente en ella (Hernández, 2015, p. 50; OMS, 2001, pp. 26-28; Rogeró, 2010, p. 23).

Por tanto, la discapacidad no conlleva siempre la dependencia de otra persona para realizar actividades de la vida diaria. Es decir, no todas las personas con discapacidad o diversidad necesitan de la ayuda de una tercera persona. La característica diferenciadora de la dependencia respecto a la discapacidad es la dificultad o la imposibilidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Las actividades básicas de la vida diaria están relacionadas con la dependencia funcional para realizar las actividades de autocuidado como alimentación, las transferencias, la deambulación, vestirse y desvestirse... Y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) están relacionados con la autonomía, es decir, con toma de decisiones para realizar las tareas domésticas (comprar, cocinar, limpiar), mantenimiento del hogar, control del dinero, cuidado de la salud, de otras personas, mascotas...

Por tanto, cuando una persona no puede valerse por sí misma, de forma prolongada o permanente, está en una situación de dependencia (*versus* independencia). Y la capacidad de gobernar la propia vida, de afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir, en base a las

propias preferencias, valores y normas se llama autonomía. Y cuando otras personas toman las decisiones correspondientes a la propia vida se denomina heteronomía (Rodríguez, 2014, p. 110). Por lo que la autonomía y la dependencia no son conceptos opuestos.

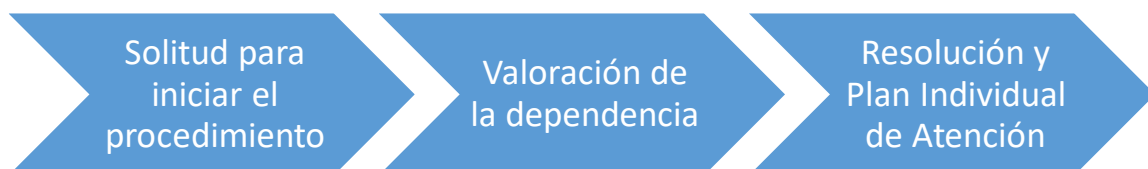
La dependencia se da en todas las edades de la población. Se puede nacer con ella, puede llegar en cualquier momento de la vida o no llegar nunca, a pesar de tener una edad avanzada, parecer una o más enfermedades y/o ser una persona con diversidad (funcional, cognitiva, sensorial).

2.2.1. Proceso de valoración, instrumentos y grados

El concepto de dependencia es importante mucho más allá de su definición concreta. El grado de dependencia es la puerta de entrada a los servicios, recursos o prestaciones públicos o concertados del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Este sistema está regulado por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. En ella se regulan todos los servicios y prestaciones destinados a impulsar la autonomía personal y a atender las dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, así como el procedimiento a seguir para acceder al reconocimiento del grado de dependencia (Figura 1).

Figura 1. *Proceso del reconocimiento de la dependencia*



Fuente. Elaboración propia. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal Atención a las personas en situación de dependencia, art. 28 y art. 29.

Para acceder a esta oferta de servicios del sistema es primer requisito, indispensable, tener reconocido un grado de dependencia que tendrá validez en todo el territorio nacional. Y la ley, en su capítulo IV, regula este procedimiento. El procedimiento se inicia con la solicitud la persona afectada por la dependencia o la que le representa. A continuación, se realizar la valoración de dependencia en su entorno habitual, salvo excepciones. Y, por último, el órgano competente emite la resolución del reconocimiento del grado y nivel de dependencia. En esta,

se determinará el Plan Individual de Atención (PIA) con las modalidades de intervención más ajustados a sus necesidades, previa consulta a ésta y su entorno, de todo el abanico de servicios y prestaciones que le corresponden por su grado y nivel de dependencia.

La dependencia se mide a través de un instrumento de valoración aprobado el Gobierno y regulado mediante el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia. Existen dos instrumentos para valorar la dependencia. El Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) aplicable para cualquier situación de discapacidad a partir de tres años. Y la Escala de Valoración Específica de dependencia (EVE) para personas menores de tres años. Por tanto, en el caso de las personas mayores se utiliza la Baremación de la Valoración de Dependencia.

El instrumento es complicado de utilizar, ya que valora muchas tareas, matiza en profundidad la capacidad de desempeño de la persona sin la ayuda de terceras personas, las barreras que existen, las ayudas necesarias para ejecutar correctamente la actividad, la razón por la que realiza la tarea de esa forma y el tipo y frecuencia de apoyo que necesita. El instrumento trae consigo la información para el buen uso de este y actuaciones a seguir para una correcta evaluación profesional. Es importante esta homogenización para evitar desigualdades y discriminación por razón del mal uso del instrumento.

Para la aplicación del Baremo de Valoración de Dependencia, se tienen en cuenta los informes de salud de la persona y la información del entorno en el que se desenvuelve. Para ello, se utilizan técnicas como la entrevista, observación y comprobación directa con pruebas oportunas en su contexto.

El resultado de la valoración se mide en puntos, que se traducen en grados y niveles de dependencia (Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia, p. 18571) (Tabla 1).

- Autónomo. Sin dependencia reconocida.
- Dependencia Moderada. Necesidad de apoyo intermitente o limitado, al menos una vez al día.
- Dependencia Severa. Necesidad de apoyo extenso, por lo menos dos o tres veces al día.

- Gran dependencia. Pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial. Necesita apoyo indispensable y continuado.

Tabla 1. Dependencias: Grados, niveles y puntuación.

	Grado - Nivel	Puntos
Autonomía	Grado 0	De 0 a 24 puntos.
Dependencia moderada	Grado I – Nivel 1	De 25 a 39 puntos.
	Grado I - Nivel 2	De 40 a 49 puntos.
Dependencia Severa	Grado II – Nivel 1	De 50 a 64 puntos.
	Grado II – Nivel 2	De 65 a 74 puntos.
Gran dependencia	Grado III – Nivel 1	De 75 a 89 puntos.
	Grado III – Nivel 2	De 90 a 100 puntos.

Fuente: Elaboración propia. Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia, p. 18576.

Dependiendo del grado y nivel de dependencia el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia oferta unos u otros recursos a la persona dependiente y su entorno cuidador, pero la persona usuaria debe abonar parte de los servicios a los que accede. Esta es una de las mayores diferencias respecto a los demás sistemas del Estado de Bienestar, el copago. Esta participación depende del tipo y coste del servicio y la capacidad económica de la persona usuaria. No obstante, la ley garantiza que ninguna persona se quede sin cobertura necesaria por no disponer de recursos económicos.

En España un 3% de la población presenta algún tipo de dependencia para las actividades de la vida diaria, a fecha de 31 de diciembre de 2021, según afirma la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales (2022, p. 3). Esto se traduce en que cuando una persona dependiente necesita ayuda de otra existe una contraparte que ofrece la debida atención y cuidados.

2.3. Atención a las personas en situación de dependencia

La atención a las personas dependientes recae principalmente en la familia (cuidado informal). Esta labor de cuidado comprende muchas tareas, preocupaciones, responsabilidades, mucho tiempo de dedicación, etc. Debido a los cambios sociales las familias no disponen de suficientes recursos para poder ejercer esa función social como antaño, por lo que, cada vez es más necesario facilitar a las familias el cuidado de las personas dependientes. Con recursos, servicios y ayudas de gran calidad.

En este apartado se recogen las diferentes modalidades de cuidados que existen (formal e informal), los tipos de tareas que son necesarios en la labor de cuidado y los principales cambios que dificultan o imposibilitan el cuidado en el entorno comunitario.

La atención a las personas dependientes tiene que ver con “cuidar”; esto significa estar pendiente y asumir la responsabilidad de que la otra persona esté bien de una manera integral o completa e impedir que sucedan cosas. Engloban actividades físicas, afectivas y psicológicas. Y no es necesario compartir espacio para realizar el cuidado, ya que en el cuidado están implícitos la preocupación y la disponibilidad (Duran, 2016, p. 115). Esta autora clasifica los cuidados en tres esferas: el auto cuidado, el no remunerado (informal) y el remunerado (formal). A continuación, se profundiza el cuidado formal e informal.

2.3.1. Cuidado formal y cuidado informal

El cuidado formal e informal tienen características, en principio, fácilmente diferenciables. Cuidado formal es la ayuda procedente de una institución pública o privada, a través de una o varias personas formadas y profesionales que ejercen su función como autónomas o asalariadas y reciben una retribución por el trabajo realizado.

El cuidado formal es fácil de identificar y analizar, las responsabilidades, el tiempo dedicado, etc. están regulado por calendario, contrato y/o convenio colectivo con perfil profesional y cualificaciones variados y preestablecidas. Pero la realidad es que el trabajo remunerado o cuidado formal es una parte muy pequeña del trabajo de cuidado; lo grueso recae en el apoyo informal según afirma Duran (2016, pp. 115-116).

Para el cuidado informal existen múltiples definiciones. A continuación se recogen las características con las que se podría identificar; a) son personas de la red social inmediata b)

con relación de afectividad por amistad o vecindad, por ser una persona querida, o por ser allegada o tener lazos familiares, c) está compuesto por grupo reducido de personas, d) el cuidado se realiza con cierta permanencia y duración, no es ocasional e) es voluntario y no está adscrito a ninguna organización, f) y no existe una remuneración económica profesional a cambio (en esto no se tiene en cuenta, la prestación económica de cuidadores familiares que pueden estar percibiendo estas personas) (Crespo y López, 2007, p. 27; García et al., 2011, p. 101; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005, pp. 173-174; Rogero, 2010, pp. 37-38). El estudio y análisis del apoyo informal es más complejo por la invisibilidad de la tarea que se realiza.

Los tipos de apoyos que el cuidado informal ofrece son tres (Rogero, 2009, pp. 38-39):

- Apoyo material o instrumental para las actividades que la persona no puede realizar por sí misma: higiene personal, tareas del hogar (cocinar, limpiar, planchar, comprar, etc.), y mantenimiento básico de la misma, el desplazamiento dentro y fuera del domicilio, movilizaciones, cambio de pañales, curas de heridas ...
- Apoyo informativo o estratégico para la conexión con recursos externos y resolución de problemas concretos: administración del dinero y de los bienes, la adquisición y promoción de la salud (vistas al centro de salud, a urgencias, al hospital, ayudas técnicas, medicamentos y otros servicios), administración o supervisión de la toma de medicamentos, observación y valoración del estado en situación de enfermedad, ...
- Apoyo emocional y “nexo de unión con el proyecto de vida” (Conejo (2018, p. 187). Esto resulta fundamental para el bienestar de la persona mayor. Por lo que el conocimiento de la historia de vida es fundamental en toda relación de cuidado. Esto también ayudará en ocasiones a la resolución de situaciones conflictivas derivadas de la enfermedad.

La red de ayuda y apoyo principal para las personas mayores se basa principalmente en la familia. En ocasiones existe una errónea percepción de que la familia no les ofrece el apoyo que necesitan (Canga et al., 2011, p. 464); pero la realidad lo desmiente, ya que, solo el 2,5% del total de la ayuda informal es proporcionada por personas no familiares (Crespo y López,

2007, p. 27), y el porcentaje va disminuyendo hasta llegar casi a desaparecer, cuando la ayuda necesitada es de carácter más intenso.

Pero el cuidado en el entorno familiar o comunitario por parte de los cuidadores informales está en una coyuntura difícil de mantener sin ayudas o servicios externos debido a los cambios sociales que se están dando, como se recoge a continuación.

2.3.2. Crisis de los cuidados informales

En España y en los países mediterráneos del sur de Europa son las familias las que asumen el cuidado de las personas dependientes. A estos sistemas de cuidado se les denomina sistemas de “bienestar familiarista” (Rogeró, 2010, p. 81). En España, en los años ochenta, hubo un intento de priorizar las políticas a favor de institucionalizar a las personas dependientes, pero enseguida prevalecieron las corrientes que impulsan la continuidad de los cuidados en el entorno familiar (Rogeró, 2010, p. 81).

Pero en las últimas décadas la estructura familiar se ha transformado mucho en nuestra sociedad. Los cambios han sido grandes: la desaparición de la familia extensa, el crecimiento del número de separaciones, divorcios y familias reconstituidas, el aumento de la movilidad geográfica que aleja a las personas y debilita las redes de apoyo familiar, la variedad de tipos de familia (personas que viven solas, monoparentales, uniones de hecho, ...), la democratización de las relaciones de pareja y entre generaciones, y los cambios en la posición social de las mujeres. Todo ello ha provocado dificultades a las familias para realizar el cuidado de las personas mayores en su domicilio o entorno, como se ha hecho siempre. Esta nueva situación se denomina “crisis de los cuidados” (El Ministerio Trabajo y Asuntos Sociales, 2005, p. 33).

La paradoja actual es que en España hay más personas mayores, con mayor esperanza de vida y nivel de dependencia, y los cuidados que necesitan son más intensos, continuados y de larga duración; y hay menos personas o familias disponibles o con posibilidad para cuidarlos (Canga et al., 2011, p. 464; Crespo y López, 2007, p. 28; El Ministerio Trabajo y Asuntos Sociales, 2005, p. 73; OMS, 2015, p. 11; Zabalegui et al., 2004, p. 201).

Como consecuencia, en los últimos años en España ha aumentado la demanda hacia los servicios de cuidado en cuanto a cantidad y calidad. Esta exigencia no es exclusivamente para

el cuidado de las personas mayores. Pasa lo mismo con las familias de las niñas y niños pequeños, cada vez se necesita más y se exige más. Parte de esa demanda de servicios de cuidado, no toda, se ha dirigido al mercado solicitando residencias, ayuda doméstica para cuidado de personas y labores del hogar, servicios de comida para mayores, En el mercado, han sido las mujeres las que han asumido estos servicios profesionales, sobre todo las mujeres inmigrantes y las de escasos recursos económicos.

En los próximos años, se estima que esta demanda de servicio seguirá aumentando de forma significativa. Las mujeres, que ahora tienen más de 55 años y no se han incorporado al mercado de forma plena, empiezan a envejecer. Y las nuevas generaciones de mujeres, con mayor cualificación y aspiración profesional, difícilmente van a poder asumir la cantidad exorbitada de horas de trabajo no computado de cuidados e invisible que han asumido estas mujeres de generaciones anteriores (Duran, 2005, p. 49).

Todos estos cambios, por tanto, llevan a que el cuidado en el domicilio o en el entorno comunitario de la persona dependiente sea un hándicap para las familias. En una sociedad donde las personas esperan cuidar y ser cuidadas en el entorno familiar, ese cuidado en el domicilio se ha convertido en una decisión difícil de tomar y de asumir. Y genera, además, graves consecuencias y grandes desigualdades personales y familiares.

2.4. Las personas cuidadoras ante la dependencia

En este apartado se describe quién es la persona cuidadora y cómo es el sistema familiar que le facilita poder realizar esa labor. A la hora de plasmar la composición de la familia cuidadora y sus características se destaca la necesidad de investigación sobre la familia cuidadora desde una visión sistémica. El cuidado es una labor de gran intensidad, diversa en tareas y complicada a nivel personal y familiar por sus consecuencias y repercusiones. Los programas dirigidos a las personas cuidadoras pueden paliar o eliminar estas consecuencias negativas y desigualdades que les genera esta actividad facilitándoles el cuidado, generándoles satisfacción personal, bienestar y buenos niveles de calidad de vida.

El inicio del cuidado, generalmente, es un suceso inesperado que puede provenir de un problema de salud (diagnóstico de demencia, caída, un accidente cerebrovascular, ...). Estos sucesos generan incertidumbre e irrumpe con fuerza en la dinámica de la vida familiar, a nivel emocional, económico generando desequilibrio, estrés y confusión hasta la nueva

reorganización del sistema. Esta situación atañe e influye a todo el sistema familiar (o varios sistemas).

Se producen muchas preguntas quién/quienes, dónde, cómo, con qué ayuda personal, técnica y económica, turnos, calendarios, horarios, ayudas periféricas, dejar el trabajo remunerado para asumir el cuidado, ... La toma de decisión es un acto individual y colectivo. Participan en la decisión diferentes sistemas familiares. Puede existir coerción o dejación de responsabilidades para que otras personas asuman esa labor (Rogerero, 2010, p. 51), generando una situación de desigualdad e injusticia que afecta a las posibilidades de vida de la persona cuidadora y su entorno más cercano.

No existen modelos teóricos contrastados que analicen y expliquen las razones y la motivación de una familia para tomar la decisión de asumir el cuidado de la persona necesitada de cuidado (Rogerero, 2010, p. 50). Las razones pueden ser variadas: razones emocionales, consanguíneas o de lazos familiares, de reciprocidad, relacionadas con los valores, razones económicas, por la obligatoriedad moral, ...

Es indudable que esta decisión trae grandes consecuencias. Pero muchas veces es una decisión a ciegas, se desconoce el tiempo que la persona necesitará la ayuda, la evolución que tendrán sus necesidades. El personal profesional que acompaña este proceso, sanitarios y del ámbito social, debe ser claro con la información dada, sin maquillar, ocultar, disimular la situación, el proceso y las dificultades que se pueden esperar. (Rogerero, 2010, p. 51),

Se sabe que en el momento del susto o incidente se genera una gran colaboración de diferentes sistemas familiares. Pero esas ayudas irán disminuyendo o desapareciendo en la medida en que la rutina se incorpore al cuidado (Duran, 2016, p. 123). Y quedará la persona cuidadora asumiendo la mayoría de las tareas y actividades de cuidado sustentada, acompañada y/o ayudada por su sistema familiar, que le posibilita realizar ese cuidado.

La persona que asume el control del cuidado, la labor de cuidadora principal es principalmente mujer. A continuación, se describe el perfil y las características sociodemográficas principales de esta persona.

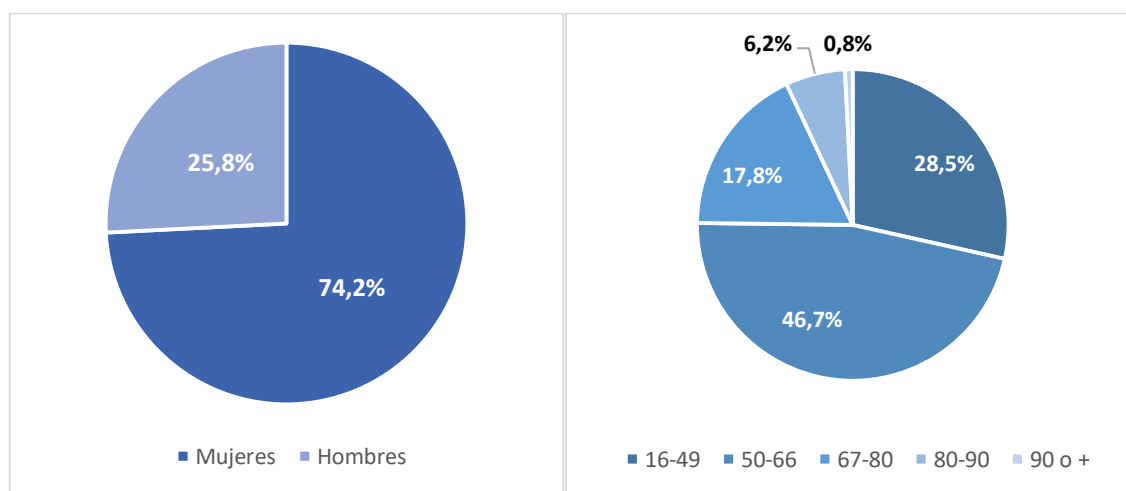
2.4.1. Perfil de la persona cuidadora

En esta sección se recoge el perfil de la persona cuidadora. Para presentar este perfil se han analizado principalmente dos fuentes; García, et al. (2011, pp. 101-104) y Asociación Estatal de directores y gerentes de Servicios Sociales (2022, p.4). Y aunque el año de extracción de los datos se distancia más de una década el perfil que presentan es muy similar.

El 74,2% de las personas cuidadoras son mujeres (Figura 2). La edad de las personas cuidadoras es de 16 a 49 años (28,5%), de 50 y 66 años (46,7%), de 67 a 79 años (17,8%) y de 80 a 89 años (6,2%) y 90 años o más (0,8%) (Figura 2) (Asociación Estatal de directores y gerentes en Servicios Sociales, 2022, p. 4). La edad está estrechamente relacionada con el parentesco (Navarro, 2016, p.73). El 34,8% es descendiente, del 23,8% es la madre, el 19,5% es cónyuge, el 4,7% son hermana o hermano, el 3,2% es el padre, 1,9% nuera o yerno, el 1,7% nieta o nieto, 1,5% compañera o compañero y 8,9% otras personas (Asociación Estatal de directores y gerentes en Servicios Sociales, 2022, p. 4).

Las mujeres no han superado los estudios primarios (63%) y están casadas (71%), en cambio los hombres tienen estudios secundarios y/o superiores (38%) según García, et al. (2011, p. 101).

Figura 2. Persona cuidadora principal según sexo y franja de edad.



Fuente. Elaboración propia sobre datos obtenidos Asociación Estatal de directores y gerentes en Servicios Sociales (2022, p.4).

En cuanto a compaginar tareas productivas y reproductivas, las mujeres se dedica de forma exclusiva al cuidado y a las tareas del hogar (43%) y el 57% de los hombres están jubilados por lo que la adquisición económica es baja. Tanto las mujeres como los hombres asumen la tarea de cuidado durante 6 o 7 días a la semana (93%). Pero ellas cuidan con más intensidad, dedican más de 8 horas al día (58% de mujeres frente 48% de hombres), más de 40 horas por semana (60% mujeres frente 48% hombres) y en cuanto a años acumulados llevan más de 8 años ejerciendo cuidados (el 46% de las mujeres frente al 42% de los hombres) según García, et al. (2011, p. 103).

Existen importantes diferencias en las tareas que realizan unas y otros (García, et al., 2011, p. 103; Gómez, 2015, p. 60). Las mujeres asumen las tareas más complejas de ayuda (aseo personal, comer y vestir, apoyo emocional o social); y los hombres realizan las tareas de cuidado fuera del hogar (acompañar al centro de salud, hacer compras y realizar gestiones).

Haciendo alusión a las desigualdades socio - estructurales del sistema de género esto corrobora que las mujeres de las clases más desfavorecidas y menor nivel educativo son las mujeres que soportan mayores cargas del cuidado (García et al., 2011, p. 101; Duran, 2005, p. 49; Duran, 2018, p. 72),

2.4.2. Sistema familiar sustentadora de cuidados

El sistema de cuidados español es un sistema basado en la familia y no en el mercado. Las familias ofrecen los servicios y su tiempo para satisfacer las necesidades de las personas mayores dependientes, las niñas y niños, estudiantes, personas con diversidad funcional, sin empleo. Y con ello, generan el bienestar a la sociedad (Duran, 2005, p. 47).

La mayoría de los estudios sobre el papel de la familia en los cuidados informales de las personas dependientes se centran en la cuidadora principal. En este caso, se abre la mirada a la unidad familiar en busca de más conocimientos sobre su perfil y sobre cómo afecta el cuidado en el sistema familiar que cuida. Canga et al. (2011, p. 465) y Esandi y Canga (2016, p. 267) subrayan la importancia de analizar a la familia cuidadora como unidad.

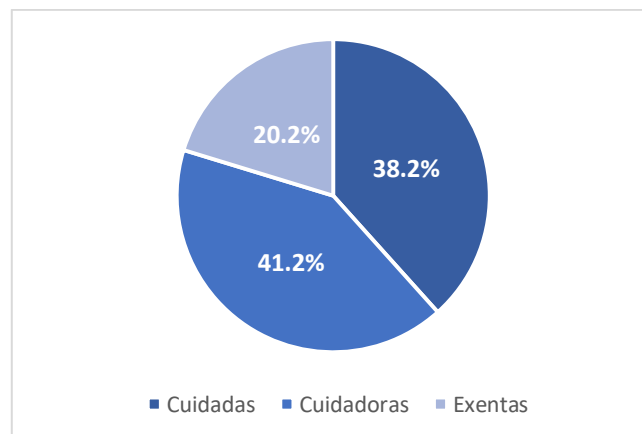
La teoría sistémica es el marco de referencia principal a la hora de trabajar con las familias. Conocer las interacciones entre sus miembros en los diferentes momentos del proceso del cuidado (toma de decisión de cuidar, enfermedad aguda, institucionalizar, final de la vida,

duelo, ...) ayudará a entender el comportamiento y las dinámicas familiares. Esto será de gran utilidad a la hora de programar las intervenciones (Esandi y Canga, 2016, p. 267).

Los sistemas familiares sustentadoras de cuidados o familias cuidadoras para poder satisfacer sus necesidades propias y generar estos servicios de cuidado necesitan combinar el trabajo remunerado (dinero) y trabajo no remunerado (tiempo o dedicación), según Rogero (2010, p. 236).

Las familias cuidadoras están compuestas (Figura 3) por las personas cuidadas (38,2%), las que cuidan (41,2%) y las exentas de cuidar (20,2%). Las personas exentas de cuidado son las personas que residen en el mismo domicilio que la persona mayor dependiente pero no cuidan, son generalmente hombres (66%), el parentesco es más lejano y están vinculados a mercado laboral. Estos datos están extraídos de la Encuesta de Empleo del tiempo 2002-2003 realizado por el INE y publicados por Rogero (2010, pp. 235-263).

Figura 3. *Composición de la familia cuidadora.*



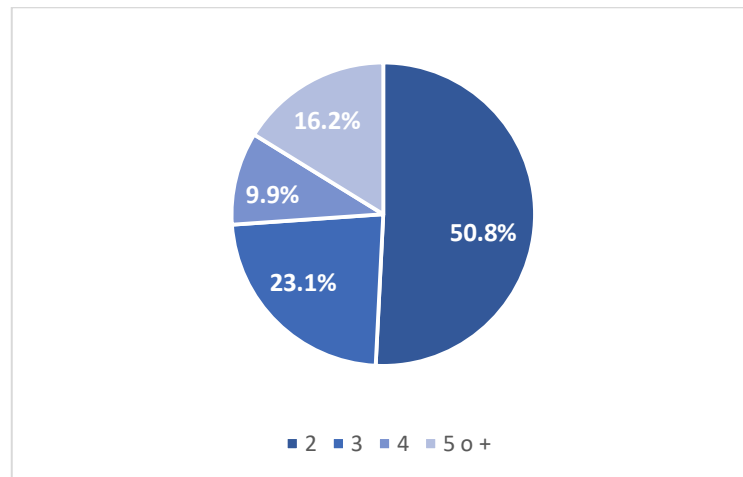
Fuente. Elaboración propia sobre datos obtenidos de Rogero (2010, p. 238).

El 63,8% de las familias cuidadoras cuidan a una persona con dependencia severa (Grado II) y el 36,2% a una persona con dependencia moderada (Grado I). Aunque en opinión del 78,3 % de las personas cuidadas su estado de su salud es malo o muy malo.

La mitad (50,8%) de las familias cuidadoras está compuesta por 2 personas (persona cuidada y cuidadora). Casi en un cuarto de ellas (23,1%) viven 3 personas, en un 9,9% viven 4 personas y en un 16,2% 5 o más personas como se refleja en la Figura 4. Solo en un 13,4% de estos hogares vive alguna niña o niño. Y en cuanto al tamaño de los hogares cuidadoras, existen

diferencias entra la zona rural y urbana; en las zonas urbanas son más reducidos y están compuestos por 3,10 personas, en cambio, en las zonas rurales los hogares los componen 4,76 personas.

Figura 4. Las familias cuidadoras según número de miembros.



Fuente. Elaboración propia según datos obtenidos de Rogero (2010, p. 239).

Las personas cuidadas de mayor edad tienen mayor posibilidad de ser cuidadas en un hogar de mayor tamaño, debido probablemente, a que las necesidades que tienen son mayores, la pareja o cónyuge está fallecida y es probable que, en estos momentos, conviva con sus descendientes y su familia.

Los hombres mayores dependientes tienen mayor probabilidad de vivir en hogares de dos personas, junto a sus parejas, 56,6% de hombre frente a 45,3% de mujeres. Las mujeres mayores dependientes viven en tipos de hogares más diversos, principalmente, con hijas e hijos, con nietas y nietos, con hermanas y hermanos. Ellas tienen el doble de probabilidad que los hombres de vivir en hogares donde haya alguna niña o niño.

Las cónyuges (las esposas) tienen mayor probabilidad de cuidar que los cónyuges (los maridos). En un 18% de los casos los maridos, viviendo en el mismo domicilio, no se hacen cargo del cuidado de su esposa; ellas, en cambio, solo en 2% no se hacen cargo de él.

Y en cuanto a los recursos económicos, los hogares cuidadores tienen menor renta per cápita en comparación con la población en general. Aunque, según Rogero (2010, p. 240), estos datos

hay que tomarlos con cautela, debido a que a menudo en los cuestionarios este ítem no se responde y los datos aportados pueden no ser los verdaderos.

Aunque la figura de la cuidadora principal recae en una persona (principalmente mujer), en la mayoría de los casos el cuidado no lo ofrece una única persona; en el ejercicio de cuidado participa más de una persona y, a veces, también otros sistemas familiares o hogares.

El tiempo que se dedica a ayudar a otro hogar se denomina las transferencias de tiempo no remunerado. Generalmente, estas transferencias las reciben los hogares donde viven personas mayores, personas enfermas o donde viven niñas y niños pequeños, y hacen posible la subsistencia de estos hogares (Duran, 2005, p. 54). El 13,7% de la población española (16,8% de mujeres y 10,3% de hombres) dedica algo de tiempo semanalmente a ayudar a otros hogares de forma gratuita (Rogeró, 2010, p. 256) según datos extraídos de análisis de la Encuesta CSIC sobre Uso del Tiempo en España 2003 (EUTE, 2003).

2.4.3. Consecuencias del cuidado

La experiencia del cuidado es personal, cada persona lo vive a su forma, pero existen algunos factores que influyen en esta vivencia; ideales, motivos (voluntariedad), parentesco, tipo e intensidad de ayuda que se ofrece, apoyos con los que se cuenta, ... (Conejo, 2018, p. 188).

El cuidado tiene su lado positivo y gratificante; sentimientos de compromiso, crecimiento personal, afecto, solidaridad intrafamiliar, oportunidad para descubrir las propias fortalezas y talentos, entre otros aspectos según remarcan Esandi y Canga (2016, p. 267). Pero las consecuencias negativas predominan y generan desequilibrios importantes en la propia vida de la persona cuidada, cuidadora y en su estructura o sistema familiar. Las relaciones familiares y de pareja, la situación laboral y económica, el tiempo libre del que se dispone, la salud y el estado de ánimo quedan alterados o afectados con la labor del cuidado (Barbier et al., 2011, p. 8; Canga et al., 2011, p. 464).

A todos estos efectos negativos se les denomina “carga”. En este concepto se engloban los malestares subjetivos y objetivos en las diferentes esferas, sean físicos, psicológicos, emocionales, sociales o financieros (Canga et al., 2011, p. 464; Martínez, 2010, p. 120). Cabe preguntarse cómo afecta al sistema familiar y a sus relaciones la “carga” del cuidado. Canga et al., (2011, p. 466) apuntan a la necesidad de estudios o investigaciones sobre los cuidadores

informales con enfoque sistémico para conocer los mecanismos que generan malestar en las familias cuidadoras. Y en este caso, no se ha podido encontrar ningún estudio o artículo que lo recoja desde esta perspectiva.

Disminuyendo la carga mejorará el bienestar de la persona cuidada y de la persona cuidadora (Canga et al., 2011, p. 464). Por tanto, conocer bien las necesidades de los sistemas familiares cuidadores, facilitará el ajuste de los programas con la familia, la eficacia, mejorando la calidad de vida de personas y familias cuidadoras y la atención que estas ofrecen con sus cuidados.

2.4.4. Programas dirigidos a las personas cuidadoras

En España y en otros muchos países se están implantando y desarrollando programas de apoyo al cuidador familiar. Estos programas se centran en el entorno domiciliario y buscan prolongar la estancia de las personas mayores en el domicilio familiar propio o ajeno, su habitual entorno de referencia. Ofrecen la continuidad del proyecto de vida y la independencia, posibilitan rodearse de recuerdos y pertenencias, garantizan la privacidad y facilitan la toma de decisiones en el día a día (Martínez, 2011, p. 34).

Se ha invertido mucho desde las políticas públicas para que los cuidados en familia se mantengan en el tiempo. Se han diseñado programas dirigidos a apoyar el cuidado en familia. Estas se centran en las necesidades de atención y el afrontamiento de la sobrecarga, malestar y estrés que genera la actividad de cuidado a la persona cuidadora. Pero no tienen en cuenta que el proceso de cuidado es algo dinámico, cambiante y que en cada momento existen diferentes circunstancias y necesidades (Esandi y Canga, 2016, pp. 266-267). Sería sensato invertir en preparar a las familias en la toma de decisiones que se deben realizar en el proceso largo de cuidado; cuidar o no cuidar, institucionalizar, aceptación del final de la vida. En opinión de Esandi y Canga la familia y en consecuencia esta sociedad, no está preparada para decidir libremente sobre estos aspectos (2016, pp. 266-267).

Además, casi todos programas se centran en la persona identificada o nombrada como “cuidadora principal”, cuando el cuidado de una persona mayor dependiente concierne e influye a todo el sistema familiar, por lo que debiera ser tratado como asunto de familia (Esandi y Canga, 2016, p. 267).

En la Comunidad Autónoma del País Vasco las prestaciones del Sistema Vasco de Servicios Sociales se regulan a través del Decreto 185/2015, 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales. En él se recogen las características principales y la descripción de cada uno de los servicios, recursos y prestaciones, población destinataria, requisitos de acceso y si está sujeto a copago.

El Sistema Vasco de Servicios Sociales está dirigido a cuatro contingencias; discapacidad, dependencia, desprotección y exclusión. A continuación, se recogen las que están dirigidas a las personas cuidadoras de mayores en situación de dependencia y/o riesgo de dependencia, entendiendo que los servicios dirigidos a personas dependientes mayores benefician inevitablemente a sus cuidadoras, por lo que están incluidas.

Por tanto, quedan fuera de la lista las prestaciones dirigidas a las otras tres contingencias y a las personas menores de edad dependientes, a personas adultas no mayores con dependencia, a servicios de urgencia y a otros servicios para la dependencia que quedan fuera del ámbito de este trabajo.

2.4.4.1. Competencia municipal

Las prestaciones de atención primaria de competencia municipal se proveerán desde los servicios sociales de base (Tabla 2).

Servicio de información, valoración, diagnóstico y orientación de los Servicios Sociales de Base. Este servicio está destinado a toda la población y facilita el acceso a la información sobre los recursos del sistema. También sirve para realizar una valoración inicial y detectar necesidades, orientar y derivar hacia los recursos más idóneos, o para realizar tramitaciones del sistema.

Servicio de ayuda a domicilio. Es un servicio de carácter asistencial y preventivo, sujeto a copago. Pretende ayudar a la persona dependiente a desenvolverse en su propio domicilio con el fin de alargar el máximo tiempo posible su permanencia en ella.

Ofrece servicio de atención personal, y también atención doméstica para las personas que reciban la primera. Puede ampliarse la intensidad del servicio a modo de respiro para la persona cuidadora principal.

Servicio de apoyo a personas cuidadoras. Está dirigida a personas cuidadoras no profesionales, sean o no cuidadoras principales o de la familia. Se puede adquirir conocimiento, trabajar

actitudes, habilidades de cuidado y de autocuidado; a su vez, busca incrementar la corresponsabilidad.

Servicio de atención diurna. Dentro de este servicio existen diferentes tipos. Se describe únicamente el que va dirigida a la población objeto de este trabajo.

- Servicio de atención diurna para personas mayores. Es un servicio de copago y de baja intensidad. La población a la que está destinada son personas mayores de 65 años y con dependencia del grado I y nivel 1 (25 – 39 puntos). Es un servicio permanente y puede tener la modalidad de respiro para las familias.

Las personas acuden al servicio durante el día. En él se les ofrecen, entre otros servicios, estimulación y rehabilitación, ocio y actividades educativo-culturales, transporte adaptado, manutención e higiene personal.

Servicios de alojamiento para personas mayores. Servicio de baja intensidad y sujeto a copago. Destinado a personas mayores de 65 años y dependencia grado I y nivel 1 (25 – 39 puntos), que requieren de una alternativa de alojamiento permanente, pero excepcionalmente puede acoger estancias temporales o también de respiro. Para mantener la unidad convivencial podrá acceder al mismo la pareja o cónyuge (también descendientes a su cargo en circunstancias de salvedad).

Los servicios que ofrecen son: acompañamiento social, atención personal, atención doméstica, supervisión, manutención, lavandería, entre otros.

Existen dos modalidades:

- Apartamentos tutelados: Conjunto de apartamentos adaptados con acceso a servicios comunes.
- Viviendas comunitarias: Vivienda colectiva que puede estar ubicada en un edificio de viviendas ordinarias.

Tabla 2. Resumen. Servicios y prestaciones de atención primaria. Competencia municipal.

Servicio	Descripción
Servicio de información, valoración, diagnóstico y orientación.	Puerta de entrada al sistema, dirigido a toda la población y donde se puede acceder a la información, valoración, diagnóstico y orientación.

Servicio de ayuda a domicilio.	Ayuda a las personas dependientes para alargar la permanencia en casa. Ofrece servicio de atención personal y doméstica.
Servicio de apoyo a personas cuidadoras.	Acciones formativas dirigidas a persona cuidadoras no profesionales.
Servicio de atención diurna para personas mayores.	Servicio de baja intensidad para que las personas con dependencia G.I - N.1 puedan acudir durante el día. Ofrece variedad de servicios.
Servicios de alojamiento para personas mayores.	Alojamiento permanente de baja intensidad para persona con dependencia G.I - N.1. Ofrece la posibilidad de mantener la unidad familiar agrupada. Ofrece variedad de servicios.
Apartamentos tutelados.	Conjunto de apartamentos adaptados.
Viviendas comunitarias.	Vivienda normal que se puede compartir entre diferentes personas.
Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS).	Prestación económica que facilita el acceso a un recurso al que se tiene derecho, pero no se está ofertando desde el SVSS, en este caso municipal.

Fuente. Elaboración propia según Decreto 185/2015, 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, Anexo I. A). y D).

2.4.4.2. Competencia foral

Las prestaciones de atención secundaria de competencia foral se proveerán desde los servicios sociales especializados (Tabla 3).

Servicios de valoración y diagnóstico de dependencia, la discapacidad, la exclusión y la desprotección. Servicio para realizar la valoración, diagnóstico social especializado y orientación de las posibles situaciones de dependencia, discapacidad, exclusión y desprotección comunicadas.

Servicios o centros de día para atender necesidades derivadas de limitación en la autonomía. Dentro de este servicio existen diferentes tipos; se describe únicamente el que va dirigido a la población objeto de este trabajo.

- Servicio o centro de día para personas mayores en situación de dependencia. Servicio sujeto a copago, de media – alta intensidad y de carácter temporal o permanente. Ofrece servicios durante el día a persona mayores de 65 años, con un grado de dependencia superior a 39 puntos.

Este servicio pretende mejorar el nivel de autonomía de la persona y dar apoyo a la persona cuidadora. Para ello existe personal que cuida de forma permanente, se ofrecen servicios de atención médica y de enfermería, actividades de estimulación, rehabilitación y educativo-culturales, atención psicosocial, manejo de conductas, transporte adaptado, limpieza y manutención, entre otros.

Centros de noche para atender necesidades derivadas de limitaciones en la autonomía.

Dentro de este servicio existen diferentes tipos; se describe únicamente el que va dirigido a la población objeto de este trabajo.

- Centro o Servicios de noche para personas mayores. Servicio sujeto a copago y de media o alta intensidad. Destinado a personas de mayores de 65 años que necesitan supervisión en horario nocturno, para el control y regulación del sueño y comportamientos nocturnos.

Se ofrecen servicios de atención personal, enfermería, transporte adaptado, manutención, limpieza, entre otros.

Centros residenciales para personas mayores. Servicio sujeto a copago y de alta intensidad.

Servicio que sirve de vivienda permanente y puede ofrecer servicio de respiro para las familias. Destinado a personas mayores de 65 años con grados de dependencia II y III, y de forma excepcional también aquellas personas con grado I. Para mantener la unidad convivencial las parejas o cónyuges y personas que mantienen relación de vivencia habitual podrán acceder al servicio sin ajustarse al perfil de la población destinataria.

Este servicio garantiza personal cuidador permanente, servicio médico y enfermería, prestación de atención integral, estimulación y rehabilitación cognitiva, actividades educativo-culturales, intervención psicosocial, manejo de conductas, acompañamiento social, manutención, lavandería y limpieza, entre otros.

Existen unidades o centros sociosanitarios para personas que precisan una atención sanitaria y social intensa de forma simultánea, coordinada y estable.

Servicios de respiro. Servicio sujeto a copago y que ofrece temporalmente la posibilidad de que la persona dependiente acceda a un servicio residencial, servicios o centros de día o centros de noche. Destinado a que la cuidadora principal tenga posibilidad de descansar y

recuperarse o pueda disponer de tiempo para su desarrollo personal. Los servicios que se ofrecerán son las análogas al servicio al que acceden.

Servicio de tutela para personas adultas incapacitadas. El servicio está dirigido a aquellas personas adultas que no tienen capacidad para tomar decisiones y, por tanto, se encuentran en situación de incapacitación o en proceso. Sirve para la protección y promoción de su pleno ejercicio de ejecutivo y desarrollo personal, siempre en casos en los que la persona no cuente con una red familiar o de apoyo que pueda asumir estas funciones. Entre sus funciones se encuentra la información y asesoramiento para las familias para el proceso de incapacitación y para las que ya poseen la tutela judicial.

Servicios de Ayudas Técnicas (productos de apoyo) y adaptación del medio físico. Servicio sujeto a copago. Es un servicio que busca favorecer la autonomía y el desenvolvimiento personal de la persona dependiente. Para ello ofrece información y orientación, préstamo de productos recuperables y propuestas de adaptación del domicilio.

Servicio de transporte adaptado. Servicio sujeto a copago. Servicio de transporte adaptado de puerta a puerta. Está destinado para personas con limitaciones severas de movilidad y grado de dependencia II y III. Estas personas podrán desplazarse a lugares a los que no accede el transporte público.

Prestación Económica de Asistencia Personal (PEAP). Esta prestación económica periódica facilita la contratación de asistencia personal para la persona dependiente.

Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar y Apoyo a Personas Cuidadoras No Profesionales (PECEF). Esta prestación económica periódica está destinada a subsanar parte de los gastos que acarrea el cuidado de la persona dependiente en el entorno familiar.

Ayuda económica para la adquisición de productos de apoyo no recuperables. Es una ayuda económica de pago único que facilita la compra o la instalación de ayudas técnicas no recuperables.

Ayuda económica para la realización de adaptaciones en la vivienda habitual y en los vehículos particulares. Ayuda económica de pago único que facilita la adaptación de la vivienda habitual o el vehículo particular para mejorar la accesibilidad.

Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS). Es competencia del servicio al que se le vincule (municipal, foral o Gobierno Vasco). Esta prestación económica periódica facilita el acceso a un servicio o recurso al que tiene derecho la persona dependiente pero que no se le está ofertando desde el Sistema Vasco de Servicios Sociales, por falta de cobertura.

Tabla 3. Resumen. Servicios y prestaciones de atención secundaria. Competencia foral.

Servicio	Descripción
Servicios de valoración y diagnóstico de dependencia, la discapacidad, la exclusión y la desprotección.	Valoración y diagnóstico especializado para las posibles situaciones de dependencia, discapacidad, exclusión y desprotección.
Servicio o centro de día para personas mayores en situación de dependencia.	Servicio de día de intensidad media – alta para personas con dependencias igual o superiores a G.I – N.2. Ofrece gran variedad de servicios para las personas dependientes.
Centro o Servicios de noche para personas mayores.	Servicio de noche de intensidad media – alta para personas con dependencias que necesitan supervisión nocturna. Ofrece variedad de servicios.
Centro residenciales para personas mayores.	Servicio de vivienda permanente de alta intensidad para personas con dependientes igual o superiores de G.II (excepcionalmente G.I) Ofrece la posibilidad de mantener la unidad familiar agrupada. Ofrece gran variedad de servicios. Y unidades especializadas para personas con necesidades especiales.
Servicios de respiro.	Servicio dirigido para que las personas cuidadoras puedan tener posibilidad de descanso. Para ello, la persona dependiente accederá de forma temporal a un servicio residencial, o servicio de día o noche.
Servicio de tutela para personas adultas incapacitadas.	Servicio para la protección de personas en situación de incapacidad judicial o en proceso que no dispongan de red de apoyo. Ofrece asesoramiento a familias.
Servicios de Ayudas Técnicas (productos de apoyo) y adaptación del medio físico.	Servicio de información, orientación y préstamo de productos recuperables y propuestas de adaptación de vivienda para favorecer la autonomía dentro del domicilio.
Servicio de transporte adaptado.	Trasporte adaptado para acceder a lugares donde no llega el transporte público dirigido a personas con dificultades severas de movilidad y dependencia igual o superior a G.II.
Prestación Económica de Asistencia Personal (PEAP).	Prestación económica para la contratación de una persona para el cuidado.

Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar y Apoyo a Personas Cuidadoras No Profesionales (PECEF).	Prestación económica para facilitar el cuidado en el domicilio familiar por parte de la familia.
Ayuda económica para la adquisición de productos de apoyo no recuperables.	Ayuda económica para la compra de ayudas técnicas no recuperables.
Ayuda económica para la realización de adaptaciones en la vivienda habitual y en los vehículos particulares.	Ayuda económica para adaptar la vivienda o el vehículo particular.
Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS).	Prestación económica que facilita el acceso a un recurso al que se tiene derecho, pero no se está ofertando desde el SVSS, en este caso Foral.

Fuente. Elaboración propia según Decreto 185/2015, 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, Anexo I. B). y D).

2.4.4.3. Competencia de Gobierno Vasco

Las prestaciones de competencia autonómica se proveen desde el Gobierno Vasco (Tabla 4).

Teleasistencia. Este servicio de atención primaria se desarrolla mediante atención telefónica permanente (24 horas, todos los días del año). La persona dependiente puede acceder a través de un dispositivo informático sencillo. El personal que recepciona la llamada facilitará el acceso inmediato al tipo de atención que requiere.

Tabla 4. *Resumen. Servicios y prestaciones que provee el Gobierno Vasco.*

Servicio	Descripción
Teleasistencia	Atención telefónica permanente para apoyo a la persona dependiente.
Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS)	Prestación económica que facilita el acceso a un recurso al que se tiene derecho, pero no se está ofertando desde el SVSS, en este el Gobierno Vasco.

Fuente. Elaboración propia según Decreto 185/2015, 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, Anexo I. C). y D).

2.5. Las familias ante la institucionalización

En el entorno familiar la institucionalización de la persona mayor dependiente genera mayoritariamente sentimientos negativos que dificultan la adaptación al recurso residencial tanto de la familia como de la persona mayor. Aunque el entorno y las tareas que realiza la familia cambien, es necesario reforzar la idea que ésta sigue manteniendo su rol de cuidador. La adaptación de la familia a los centros residenciales atraviesa diferentes estadios, en cada una de ellas la perceptibilidad de la familia es diferente, y es necesario conocer para intervenir desde los equipos interdisciplinarios residenciales. Para conocer el alcance de los ingresos y los procesos de adaptación en residencias, en este apartado, se recogen los datos de plazas residenciales de personas mayores dependientes o índice de cobertura a nivel estatal y de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

El proceso de cuidado es largo como se ha mencionado con anterioridad. Y, aunque existen diferentes recursos para ayudar y facilitar el cuidado en el domicilio, en ocasiones el cuidado en el domicilio se hace imposible, y llega el momento de tomar la decisión de institucionalizar a la persona dependiente en un centro residencial.

Las causas o motivos principales para institucionalizarlo son, según Martínez (2019, p. 37): alteraciones neuropsiquiátricas (demencias, Alzheimer...) y conductas disruptivas (deambulación errática, fuga, agresividad...)(39%); falta de independencia para las actividades de la vida diaria que sobrecarga a la persona que realiza el cuidado (27%); síntomas físicos y psicológicos de la persona cuidadora (21%); imposibilidad para hacerse cargo de la persona mayor por falta de tiempo, por razones laborales o edad avanzada de la persona cuidadora (13%).

Aunque el camino realizado por cada familia y las causas sean diferentes, la institucionalización de una persona querida, allegada o de un familiar es siempre una decisión difícil y estresante para la familia, y produce un fuerte impacto. Genera “sentimientos de pérdida, tristeza, fracaso o culpabilidad” (Villanueva et al., 2015, p. 101) que dificultan el proceso de adaptación a la vida del centro.

El cuidado familiar no cesa con la institucionalización de la persona mayor. Han cambiado las circunstancias, también el tipo de cuidado que la familia debe ofrecer (Leturia et al., 2007, p. 133; Padierna, 1994, p. 41), pero desde el centro hay que seguir considerándolos como familia

cuidadora y hacerles sentir como tal. La persona institucionalizada sigue siendo miembro de la familia y no deja de lado su vida anterior. La familia le proporciona el vínculo afectivo, emocional, relacional imprescindible para el bienestar y la satisfacción” en la vida (Leturia et al., 2007, p. 132).

En el ámbito residencial los cuidados familiares y profesionales son complementarios y se suman para enriquecer y mejorar la calidad de vida y de atención. Si la familia se siente participe del proyecto de vida de la persona mayor, escuchada y atendida por el personal de centro, la adaptación de la persona mayor y de la propia familia será más fácil y provechosa aportando mejores recursos.

2.5.1. La adaptación al centro

Rosenthal y Dawson, en 1992, propusieron un modelo del proceso de adaptación de la familia a la institucionalización. Aunque hayan pasado muchos años, los cuatro estadios siguen siendo útiles para entender este proceso. Autores más recientes como Delgado (2001, p. 334), Padierna (1994, pp. 43-45) y Riquelme-Marín et al. (2020, pp. 2-3) siguen dando por válida la propuesta de Rosenthal y Dawson.

Son estadios descriptivos. No tienen que ir necesariamente una detrás de la otra (Tabla 5).

Tabla 5. *Resumen. Estadios de adaptación de la familia al centro.*

Estadios	Descripción
Estadio I	La familia está centrada en sí misma en su dolor y culpa y en su sentimiento de alivio. El foco de atención del equipo es la familia.
Estadio II	La familia se encuentra más tranquila pero muy vigilante de la atención y cuidados que se ofrecen en el centro. El foco de atención del equipo es la familia y es buen momento para que el equipo, la familia y la persona residente empiecen a trabajar en equipo. Y ofrecer información a la familia sobre las normas y el modelo de cuidado.
Estadio III	Se incrementa la confianza de la familia hacia el centro. Es buen momento para establecer la división de las responsabilidades.

Estadio IV	La familia es un buen recurso y apoyo para la persona residente. El apoyo que la familia necesita del equipo del centro será puntual.
------------	--

Fuente. Elaboración propia según información obtenida de (Padierna, 1994, pp. 43-44).

Estadio I.

Período de ambivalencia e inseguridad (Riquelme-Marín et al., 2020, p. 2). Coincide con el ingreso de la persona mayor en la institución. En la familia cuidadora, generalmente, predominan sentimientos negativos como la culpa, tristeza, desmoralización, soledad, remordimiento, aislamiento. En estos momentos, la familia se centra en sí misma y en cómo se siente (Padierna, 1994, p. 43).

Por otro lado, se sienten aliviados, liberados y agradecidos (Delgado 2001, p. 334; Padierna, 1994, p. 43). Posiblemente, el largo periodo de cuidado se habría complicado debido al cansancio, el cúmulo de consecuencias negativas, las dificultades de cuidado, las conductas disruptivas, o por otras circunstancias.

En este estadio el objeto o foco del equipo asistencial es la familia, fomentando un sentimiento de seguridad y confianza hacia el entorno (Padierna, 1994, p. 43). Para ello, es importante visibilizar el cuidado que se ofrece en el centro. Es importante que la familia identifique y verbalice los sentimientos y las emociones que está viviendo.

En este estadio la familia puede ofrecer cuidados hacia la persona institucionalizada aportando enseres personales como fotos, ropas y adecuando la habitación al gusto de la persona (Padierna, 1994, pp. 43-44).

Estadio II.

Período de asistencia frecuente al centro (Riquelme-Marín et al., 2020, p. 3). En la familia surge una actitud de hipervigilancia y de hiperdedicación. Pasa muchas horas en el centro realiza muchas visitas. La dificultad de adaptarse al nuevo rol puede generar diferencias, entre la familia y el equipo asistencial; diferencias sobre el tipo de cuidados que necesita la persona dependiente y la forma adecuada de prestarlos (Padierna, 1994, p. 44).

En este estadio el foco del equipo asistencial sigue siendo la familia, que se encuentra algo más tranquila. Se debe respetar la necesidad de la familia de participar en el cuidado y

aprovechar los recursos y conocimientos que tienen de la persona atendida. Las reuniones donde participe la familia, la persona mayor y la persona asignada del equipo asistencial suelen ser beneficiosas y contribuyen al bienestar de las tres partes (Padierna, 1994, p. 44).

Por tanto, en esta etapa, la participación de la familia en la planificación de los cuidados suele ser muy eficaz y, a su vez, pueden integrar mejor toda la información sobre normas y rutinas de la residencia (Padierna, 1994, p. 44).

Estadio III.

Período de redistribución y cooperación (Riquelme-Marín et al., 2020, p. 3). La familia empieza a participar en la vida de la residencia, a relacionarse con otras familias y con el equipo asistencial. Se incrementa la confianza y sinceridad con el equipo interdisciplinar. Puede ser buen momento para establecer las tareas y las responsabilidades de cada una de las partes (familia y residencia) en el cuidado diario y bienestar de la persona mayor institucionalizada (Padierna, 1994, p. 44).

Estadio IV.

Período de resolución y adaptación (Riquelme-Marín et al., 2020, p. 3). La familia se siente a gusto en el entorno residencial y ha logrado un equilibrio entre sus necesidades y las necesidades de su familiar. Se ha superado la vulnerabilidad emocional, aunque la culpa no desaparece del todo. La familia reorganiza su vida fuera de la residencia y se siente más segura, y tiene un mayor sentimiento de control de la situación. En este estadio la familia es fuente de recursos para la persona mayor y sus necesidades serán más puntuales (Padierna, 1994, p. 44).

Conocer los diferentes estadios que una familia cuidadora transita en el proceso de adaptación a la institución facilita la identificación del momento idóneo para programar cada una de las diferentes intervenciones o actuaciones que se quieran realizar con ellas.

2.5.2. Datos de la población atendida en residencias para mayores

Las políticas públicas actuales en el ámbito de los servicios sociales quieren avanzar y favorecer el cuidado en el entorno familiar. Esa es la idea que se remarca a lo largo de todos los apartados, pero la realidad es que en España existen 372.306 plazas residenciales

distribuidas en 5.387 centros residenciales, a fecha de 31 de diciembre de 2015, según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017, p. 326).

La Organización Mundial de la Salud considera que el índice de cobertura ideal, porcentaje de plazas óptimo respecto a la población mayor de 65 años para un territorio, es 5,0. En el territorio nacional el índice de cobertura se encuentra por debajo (en 4,30) con una distribución irregular entre Comunidades Autónomas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017, p. 326).

Las Comunidades como Castilla y León (7,65), Castilla-La Mancha (6,98), Extremadura (5,83), Principado de Asturias (5,63), Aragón (5,50) y La Rioja (5,04) se encuentran por encima de Índice de cobertura idóneo (Ministerio, p. 326).

La Comunidad Autónoma del País Vasco, según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017), tenía un índice de cobertura, en 2016, de 3,80 con 17.846 plazas residenciales de personas mayores (p. 367). En el año 2019 estas plazas ascienden a 20.949 plazas (Observatorio de Servicios Sociales – Ikusmira). Pero aun aumentando las plazas residenciales para personas mayores el índice de cobertura está lejos de los estándares establecidos por los organismos internacionales, tal y como dejan vislumbrar los datos de Gipuzkoa del 2021, que ofrece una tasa de cobertura del 3,31 para personas mayores con plazas de carácter general, psicogeriatría y sociosanitaria (Observatorio Social de Gipuzkoa - Behagi).

2.6. Modelo de atención en los centros

El modelo de atención residencial está cambiando. Desde aquellos asilos iniciales para personas sin recursos y sin familias, hasta las residencias actuales. Aunque en el pasado se pensara que con un simple servicio de hospedaje era suficiente, la realidad es que en las residencias actuales se están integrando perfiles profesionales más variados para atender a las personas que residen en ella desde una óptica sociosanitaria integral e integradora. En este apartado se abordan tres líneas preferentes para el avance de la atención en las residencias: el modelo de atención centrada en la persona, la calidad integrada y la participación de las familias en los centros.

2.6.1. Del modelo tradicional al modelo de atención centrado en la persona

El modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) es el modelo de atención con el que superar el modelo asistencialista rígido con el que se ha operado en las últimas décadas en los servicios dirigidos, principalmente, a las personas con discapacidad y mayores dependientes. Este modelo de atención va acorde con “los nuevos derechos sociales y la clara tendencia (...) hacia la independencia y la autonomía de los modos de vida de las personas” (Rodríguez y Vilà, 2014, p. 16), en la línea que marcan los organismos internacionales y de proximidad para los cuidados de larga duración.

Este modelo se centra en la personalización de la persona atendida y en el derecho de ésta a desarrollar su propia vida con dignidad y autonomía. Por tanto, es básico conocer y tener en cuenta los deseos y preferencias de cada persona que presenta la necesidad de atención (Rodríguez, 2014, p. 107); también el buen trato en el núcleo de la atención, según Martínez (2022, p. 11).

La atención centrada en la persona debe garantizar la participación de la persona en el diseño y planificación de su proyecto de atención y vida. Desarrollando la autodeterminación (capacidad para decidir) de todas las personas, también de aquellas con déficit cognitivos, demencia y/o tienen mermada la capacidad de tomar decisiones por alguna razón.

Esta planificación tiene un doble objetivo:

- Lograr mantener la mayor independencia funcional posible en las actividades esenciales de la vida.
- Proteger, potenciar y empoderar hacia la autonomía en la toma de decisiones como herramienta de control de la propia vida.

La autonomía es la capacidad de decidir y tomar decisiones como se ha mencionado en páginas anteriores. Pero eso no es cuestión de todo o nada y depende de las situaciones concretas. No es lo mismo decidir sobre cuestiones sencillas (qué comer, la ropa para vestirse y dónde pasar la tarde) que sobre aspectos complejos (la venta del patrimonio familiar). Además, aunque se carezca de capacidad de decidir, la persona dependiente tiene el derecho de que las decisiones que se tomen sobre ella misma mantengan la línea de su proyecto de

vida, valores, deseos y preferencias, por lo que la representación por terceros tiene una enorme trascendencia (Martínez, 2011, pp. 52-53; Martínez, 2014a, pp. 282-283).

Esta representación indirecta o asistida debe proteger y garantizar el derecho a que se respeten las propias opciones de vida. Se hace a través de una persona cercana o de la familia. Es necesario que la persona representante conozca bien a la representada: su historia de vida, sus capacidades, deseos, valores, preferencias, etc., ya que las decisiones tomadas deben representar a la persona y su singularidad. Es fundamental, capacitar y formar a las personas que deben tomar las decisiones y a las profesionales que acompañan en el proceso (Rodríguez, 2014b, p. 108).

El proyecto de vida es “la forma que las personas tenemos de plantearnos nuestra existencia, para conseguir nuestras metas y deseos en relación a distintos ámbitos de desarrollo personal y social; (...) la familia, la red social de apoyos y afectos, los intereses y las aficiones o el desarrollo personal” (Martínez, 2014a, p. 282). Cada persona tiene su proyecto de vida y va cambiando a lo largo de la vida.

En el caso de las personas mayores gana importancia la continuidad de la vida previa sin grandes cambios y rupturas. Es importante validar lo que ha vivido y apoyar el cierre significativo de su proceso de vida para afrontar mejor el final de ésta.

Para clarificar y entender mejor las diferencias entre los dos modelos de atención (asistencial y ACP), Rodríguez (2014, pp. 109-110) recoge las características descriptivas de la Planificación Individualizado Clásico extendido actualmente en España y la Planificación Centrada en la Persona fruto del nuevo modelo que se impulsa.

En el Plan Individualizado Clásico (PIC) de atención, la persona atendida es receptora del servicio, puede opinar y participar en las decisiones que le incumben, pero no decide, ya que las decisiones se toman en base a unos preceptos técnicos. La institución y el equipo técnico interdisciplinar prioriza el conocimiento teórico-técnico. Las decisiones son tomadas por estas personas y, aunque las intenciones sean las mejores, el enfoque es paternalista. Se identifica el problema de la persona, se diseñan los objetivos operativos a trabajar y la evaluación se centra en la cuantificación de las habilidades conseguidas.

En la Planificación Centrada en la Persona (PCP), la persona es el cliente y, como tal, tiene derecho a tomar sus propias decisiones. Se busca la satisfacción y el respeto a la persona, y se potencia su derecho a decidir. La decisión la toma la persona dependiente y su grupo de apoyo. El equipo de profesionales debe poseer habilidades de empatía, escucha activa y una comunicación asertiva, y debe actuar desde una posición terapéutica no directiva, en base a la ética y el derecho de la persona. La decisión la toma la persona dependiente mediante debate, negociación y consenso con el equipo. Es el entorno el que debe cambiar, puesto que, es el que genera la dificultad. La evaluación analiza aspectos cualitativos y cuantitativos teniendo en cuenta los apoyos recibidos y el cumplimiento de los compromisos adquiridos. El fin último es la calidad de vida de la persona atendida.

Por tanto, la gestión del centro residenciales desde el modelo de ACP está supeditada a la calidad de atención a las personas, es decir, primero son las personas atendidas y el desarrollo de sus proyectos de vida y luego está la organización del funcionamiento del centro y sus repercusiones laborales (Martínez, 2014b, p. 319).

El primer paso para la transformación y avance hacia el modelo ACP es una decisión consensuada de las y los propietarios del centro, de las personas líderes o lideresas y equipo técnico con la participación de personas mayores, familias y profesionales del centro. Será imprescindible favorecer las relaciones de calidad de las personas profesionales con todos los demás agentes o personas del contexto, es decir, con otras y otros profesionales, directivos y directivas, la organización, personas mayores y familias. Y la organización deberá demostrar compromiso, capacidad de aprendizaje y disponer de recursos suficientes para abordar el cambio (Misiorski, 2004).

Si el recurso o centro proviene del modelo asistencialista enfocado al servicio, las normas con las que operan están cerradas y pensadas para el funcionamiento del servicio y la organización de la tarea del personal; existe poca flexibilidad. Para las personas usuarias, familias y profesionales todo resulta muy rígido, dirigido y restrictivo dificultando la personalización del cuidado en base a deseos y preferencias. En esas circunstancias es complicado poder ofrecer tiempo y espacio para que la persona institucionalizada tome sus propias decisiones y tenga el control de su propia vida.

El cambio no será fácil y requerirá repensar y reorganizar mucho. Este cambio de cultura organizativo tiene que abarcar aspectos como los valores, actitudes, sistemas organizativos, procesos de trabajo y relaciones personales, según Martínez (2014b, p. 321) y citando a Collins (2009). Identifica ocho áreas claves en las que se deben realizar cambios. En opinión de Collins (2009) son cambios críticos: actitud y rol de las y los profesionales, el servicio de comida, actividades para que sean significativas, cuidados de la vida cotidiana para que se ajusten con las preferencias de la persona, ambiente físico- entorno, la atención a las personas con demencia, relación con las familias y miembros de la comunidad, y cambio hacia un liderazgo transformacional (Bass, 1985) comprometido con el cambio de modelo (que promueve e impulsa pensar “fuera de la caja”) y capaz de motivar e ilusionar a todas las personas implicadas.

Para mejorar la atención y la práctica profesional en los centros residenciales para personas mayores, Martínez (2014a, pp. 283-284) recoge una serie de pautas operativas:

- Identificar momentos concretos del día para que las personas puedan elegir y ayudar y facilitar que decidan y manifiesten sus deseos.
- Poner en valor las capacidades de la persona atendida. Para mejorar la autoestima y propiciar así relaciones de ayuda más horizontales.
- Facilitar la participación de la persona en su plan de atención y vida.
- Asumir ciertos riesgos. Vivir conlleva riesgos inherentes y es necesario generar cultura y sensibilidad que permitan conciliar seguridad, autonomía y bienestar.
- Propiciar entornos flexibles que faciliten apoyos y ofrezcan tranquilidad y seguridad.

Otro de los aspectos que adquiere gran importancia en las residencias para mayores es el ámbito de la salud. La Atención Sanitaria Centrada en la Persona ofrece varias claves para afrontarlo. García (2014, p. 254) citando a Osler, 1904, recuerda que “es mucho más importante saber qué clase de paciente tiene una enfermedad que la clase de enfermedad que tiene un paciente”. Según García (2014, p. 259), en la medicina moderna el protagonismo es de la persona enferma o paciente y no de la médica o médico que le atiende, o el equipo sanitario por extensión. Para que la persona enferma, o su representante, pueda tomar las decisiones, éstas deben estar bien informadas sobre la enfermedad, tratamientos,

consecuencias, y el personal sanitario ha de mejorar sus dotes de comunicación y trabajo en equipo.

Por tanto, las entidades y las instituciones públicas que apuesten por este modelo de ACP deberán invertir en formación y capacitación del personal, con cambios en la organización, funcionamiento y normativas internas que faciliten la flexibilidad en la atención y avanzar en la calidad para cumplir con los criterios de este modelo.

2.6.2. Calidad Integrada

El sistema de gestión de calidad que se desarrolla en las organizaciones mejora el servicio (o producto) que éstas ofrecen. Buscan incrementar la satisfacción de la su clientela y alcanzar en los resultados planificados. Pero la calidad integrada va más allá, sumando a la calidad del servicio, la calidad de vida y la calidad de vida laboral (Barranco, 2004, 2011). Cada uno de estos tres ejes, de forma independiente tiene toda la validez y desarrollo, pero agrupados ofrecen un valor añadido. Esta visión de calidad es fundamental en el ámbito de servicios sociales y, más concreto, en los centros residenciales de mayores.

La calidad integrada aporta sostenibilidad, eficiencia y eficacia a la gestión y calidad de vida a las personas clientes y profesionales de los servicios sociales, según defiende Barranco (2011, p. 63). Al igual que debe hacer el sistema de protección social del Estado de Bienestar, deben mejorar su coste-efectividad para abarcar nuevas necesidades.

Según Barranco (2011), la calidad integrada posibilita que las personas y profesionales que trabajan en estas organizaciones puedan soñar y diseñar acciones ilusionantes desde la visión y el trabajo participativo generando felicidad y un impacto positivo en el entorno social o comunitario.

2.6.2.1. Calidad de vida

Este modelo de calidad de vida está basado en las teorías de Schaloch y Verdugo (2003). La calidad de vida es una construcción social, por lo que cada persona tiene su propio concepto de calidad de vida. En consecuencia, es necesario determinar en cada persona lo que se identifica como calidad de vida y determinar los indicadores para medirla.

Schaloch y Verdugo (2003, p. 38) en su Modelo de Calidad de Vida definen ocho dimensiones de las que se compone la calidad de vida: bienestar emocional, relaciones interpersonales,

bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos (Figura 5).

Figura 5. Dimensiones de la calidad de vida.



Fuente. Elaboración propia. Schaloch y Verdugo (2003, p. 38).

2.6.2.2. Calidad de vida laboral

La calidad de vida laboral es humanizar la vida en el trabajo, ofreciendo un ambiente laboral saludable, eficiente y satisfactorio. Cuando las personas trabajadoras están satisfechas y motivadas con la actividad que realizan, el salario y la salud laboral contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas usuarias y la calidad del servicio (Barranco, 2004, p. 92).

Las buenas condiciones laborales a nivel físico y espacio, la retribución salarial, el reconocimiento, la formación, ... recaen ante los y las propietarias de los centros. Construir un buen clima laboral, una comunicación horizontal, una satisfacción por el trabajo, una cohesión

del equipo, una ilusión por el trabajo son aspectos que hay que trabajar desde dentro de la organización (Barranco, 2011, p. 68).

Mejorando la calidad laboral se aumenta la vinculación al trabajo y se previene el “burnout” o el síndrome del quemado, según Barranco (2011, p. 68). Todo ello genera ilusión, sentimiento de realización y felicidad, haciendo que el personal se sienta bien.

2.6.2.3. Calidad del servicio

Es un modo de gestión que añade calidad, eficacia y eficiencia al servicio. Tiene que ver con las expectativas del cliente de cómo le gustaría ser tratado y la satisfacción percibida con el servicio (Barranco, 2011, p. 66). En la actualidad se puede decir que es el modelo de calidad extendida para la gestión de los centros residenciales en el contexto español, de forma unitaria o independiente, es decir, sin la combinación con las otras calidades que engloba el sistema de calidad integrado.

El modelo de atención centrado en la persona está estrechamente relacionado con la calidad integrada compartiendo aspiraciones de mejora y enfoque hacia las personas. Y la participación de las familias en los centros es otra línea de trabajo que lo complementa.

2.6.3. Participación de las familias en los centros

En los centros residenciales se debe considerar a las familias como clientes, y se deben atender sus necesidades con programas específicos y procesos de calidad concretos. Padierna (1994) propone tres formas de participación de la familia en los centros residenciales que se deberían desarrollar, a pesar de que en la actualidad son líneas que siguen sin desarrollarse en su extensión:

- La familia como fuente de recursos (Padierna, 1994, p. 42) para la persona mayor y al equipo profesional. Ofreciendo información, prestando cuidados, participando en los grupos de estimulación, en actividades lúdicas y festivas y como personas voluntarias en las salidas con el centro y exclusiones, y acompañando a otras personas residentes sin vínculos familiares y comunitarios.
- La familia como cliente del centro y que tiene sus propias necesidades (Padierna, 1994, p. 42). Para ofrecer la atención que éstas necesitan Padierna propone (1994, p. 42) integrar a las familias en la planificación de los cuidados, realizar actividades y

reuniones específicas, y generar sensación de acogida con presencia de la trabajadora social y personal de administración en horas frecuentes de visita.

- La familia como coparticipe de la gestión (Padierna, 1994, p. 42). Las familias tienen posibilidad de participar activamente en la gestión, funcionamiento y organización de las residencias como representantes de persona mayores.

El modelo de atención centrado en la persona y los preceptos de calidad integrada suelen aparecer en las legislaciones, normativas y planificaciones de los diferentes niveles administrativos como concepto o idea a impulsar y a conseguir, como se recoge en el siguiente apartado.

2.7. Marco Legislativo

En el siguiente apartado se abordarán los cambios normativos y declaraciones que han propiciado la consolidación de los derechos de las personas mayores en el mundo y en España. Y el desarrollo y la ejecución de las competencias que de ellas se emanan a nivel Autonómico y de Territorio Histórico. Este apartado finaliza con la contextualización de las Políticas Sociales de Transición de Gipuzkoa y su Plan de Acción 2021-2023 donde se encuadra el proyecto de intervención diseñado.

2.7.1. Nivel internacional

La igualdad de derechos de todas las personas del mundo, sin ninguna distinción por razón de cualquier índole se aprobó el 10 de diciembre de 1948, por la Asamblea General de Naciones Unidas. Esto supuso un hito histórico para la libertad, igualdad y la dignidad de las personas. En la Declaración de los derechos humanos, en el preámbulo, se proclama la libertad, la justicia y la paz en el mundo y se reconoce la dignidad y la igualdad de todas ellas. Esta declaración fue el inicio de los avances sociales en el mundo y todos los países deben respetarlos.

La discriminación a las personas puede ser a causa o razón de edad, sexo, raza, etnia, religión, discapacidad, orientación sexual, ideología, ... La edad es una de las principales causas más comunes de discriminación y para abordarlo se celebró, entre el 26 de julio y el 6 de agosto, en 1982 la I Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Viena. Y a través de su Plan de Acción se sentaron las bases para la formulación de políticas y programas sobre el envejecimiento,

para los siguientes 20 años, en áreas como la salud y la nutrición, la protección al consumidor mayor, vivienda y medio ambiente, familia, bienestar social, seguridad de ingresos y empleo y educación.

En 1991, la Asamblea General de Naciones Unidas consciente de los cambios que se estaban produciendo en cuanto al envejecimiento y sus consecuencias y repercusiones, orientó a los gobiernos para que introduzcan los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas mayores; independencia, participación, cuidados, realización personal y dignidad.

En la II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, celebrado en Madrid, entre los días 8 y 12 de abril del 2002, se aprobó el Plan de Acción con tres líneas prioritarias: las personas mayores y su desarrollo personal, promoción de la salud y el bienestar en la vejez, y entornos emancipadores y adecuados.

2.7.2. Nivel nacional

A nivel nacional la Constitución es la norma suprema. Se aprobó el 6 de diciembre de 1978 y entró en vigor el 29 de diciembre de ese mismo año. En él se regulan los tres elementos básicos para la organización del Estado: Fundamentos del régimen político, recogimiento de derechos, deberes y libertades de la ciudadanía y la composición, organización y funcionamiento de las instituciones básicas del Estado con su división de poderes.

La Constitución establece una organización territorial del Estado (art. 2) denominado “Estado de las Autonomías”. Y realiza el reparto de competencias (art. 148, 149 y 150) entre el Estado y la Comunidades Autónomas marcando el grado de descentralidad alcanzable. Existen tres tipos de competencias: las exclusivas del Estado (art. 149.1) aunque se pueden transferir y delegar (art. 150.2), las que las comunidades autónomas pueden asumir si tienen voluntad (art. 148.1) y, las competencias que no se mencionan en ninguna de los dos listados, pero se pueden asumir si en el Estatuto de Autonomía de esa Comunidad así se establece. La Servicios Sociales (art. 148.1) están asumidas actualmente por todas las Comunidades Autónomas.

Los principios generales de la Constitución son; la libertad, la justicia, la seguridad y el bienestar para todas las personas y se autodenomina como estado social. Ratifica su adhesión a los derechos humanos universales y tratados (art. 10). Y otorga a los poderes públicos la obligación de promover la libertad y la igualdad de las personas (o grupos) para la

participación activa en la sociedad (en la política, económica, a nivel comunitario o cultural) y eliminar los obstáculos que surjan (art. 9). En cuanto a las personas mayores (art. 50) los poderes promoverán su bienestar allá de las obligaciones familiares y les garantizará una aportación económica suficiente y actualizada

Para promover participación en la sociedad en igualdad de condiciones de todas las personas se aprobó la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. El reto de la ley es atender las necesidades de las personas en situación de especial vulnerabilidad. Ofrece apoyos necesarios para desarrollar las actividades de la vida diaria con el fin de que la persona vulnerable pueda lograr una mayor autonomía personal y así facilitar el ejercicio pleno de sus derechos de ciudadana y ciudadano.

Con la ley, se establecen derechos mínimos comunes para toda la ciudadanía del territorio nacional. Hasta este momento, la atención a las necesidades de las personas mayores se ofrece desde Comunidades Autónomas y las entidades locales, generando diferencias importantes entre territorios y comunidades. Y con el fin de abordar las desigualdades y encauzar la colaboración y participación de las administraciones públicas se crea, por mandato de la ley, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Aun así, la ley debe respetar a la idiosincrasia administrativa y competencial del estado, por lo que, establece diferentes niveles de protección: nivel de protección mínimo establecido por la administración general del estado, nivel de protección acordado entre la administración general del estado y cada la Comunidad Autónoma y, otro nivel excepcional que establece cada Comunidad Autónoma por su cuenta.

El derecho subjetivo es un aspecto destacable de la ley. Esto quiere decir que todas las personas que cumplan con los requisitos planteados pueden exigir ese derecho. Para ello, se plantea un catálogo de servicios y prestaciones económicas con los que abordar las necesidades de las personas dependientes. Pero para acceder a dichas prestaciones es necesario encontrarse en situación de dependencia, en uno de los 3 grados determinados por la ley. El catálogo se divide en prestaciones y servicios.

- Las prestaciones económicas están vinculadas al servicio, al cuidado en el entorno familiar con apoyo de cuidadoras no profesionales y a la asistencia personal profesional.
- Los servicios son; de prevención de la dependencia, teleasistencia, Servicio de Ayuda a Domicilio, Servicios de centro de día y noche, Servicio de atención residencial para personas mayores en situación de dependencia y por razón de distintos tipos de discapacidad.

Los principios inspiradores de esta ley son: carácter público de las prestaciones, universalidad, atención integral e integrada, transversalidad, equidad, personalización de la atención, prevención, rehabilitación y estímulo, promoción de la autonomía, permanencia en el entorno donde se desarrolla su vida, calidad, sostenibilidad y accesibilidad, participación de las personas usuarias y de sus familias y entidades que les representan, colaboración de los servicios sociales y sanitarios, participación de la iniciativa privada y el tercer sector, cooperación interadministrativa, integración de las prestaciones en la red de servicios sociales de cada Comunidad Autónoma, inclusión de la perspectiva de género y preferencia de acceder a los servicios de las personas con gran dependencia.

La ley otorga importancia a la calidad de la atención prestada, por lo que establece, que será el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia quien debe fomentar la calidad de atención y asegurar la eficacia de las prestaciones y servicios que se ofrecen. Y será el Consejo Territorial el que establezca los criterios de calidad, indicadores de evaluación, guía de buenas prácticas y los estándares para cada servicio. Según la ley, la atención debe orientarse hacia una mejor calidad de vida, facilitando una existencia independiente y un trato digno.

2.7.3. Nivel autonómico

El Estatuto de Autonomía del País Vasco mediante la Ley Orgánica 3/1979, de 18 de diciembre indica que la Comunidad Autónoma de País Vasco tiene competencia exclusiva (art. 10), entre otras materias, de “asistencia social y desarrollo comunitario, condición femenina, política infantil, juvenil y de la tercera edad”.

El Sistema de Servicios Sociales del País Vasco viene regulado en la ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Esta ley tiene la finalidad de atender las necesidades derivadas de situaciones de dependencia, desprotección, exclusión o situaciones de

emergencia y favorecer la integración social, la autonomía y el bienestar social, de las personales, familiares y/o grupos.

Es la tercera generación de la Ley de Servicios Sociales. Y destaca por la declaración del derecho subjetivo de carácter universal de los servicios sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Para ello, la ley diseña un Sistema Vasco de Servicios Sociales de responsabilidad pública, moderna, avanzada y garantista, con un Catálogo completo de prestaciones y servicios que las administraciones públicas vascas deben garantizar. Todo ello, para dar respuesta coherente, eficaz y eficiente a las necesidades de las personas del territorio.

Esta ley impulsa la consolidación del modelo de atención con enfoque comunitario donde se prioriza el mantenimiento de las personas en su entorno de vida habitual. Y trabaja en cuatro direcciones: promoción, prevención, protección y asistencial.

Los principios de la ley son: responsabilidad pública, universalidad, igualdad y equidad, proximidad, prevención integración y normalización, atención personalizada e integral y continuidad de la atención, carácter interdisciplinar de la intervención, coordinación y cooperación, promoción de la iniciativa social, participación ciudadana y calidad.

Esta ley determina el procedimiento básico de intervención. Ésta se inicia cuando se constata la necesidad de realizar una intervención que requerirá de un seguimiento. La ley marca el procedimiento, los pasos a seguir para realizar un diagnóstico, elaborar el plan de atención personalizada, puesta en marcha de servicios y/o prestaciones, seguimiento y la evaluación. Y recalca la importancia de buscar en la medida de lo posible el consentimiento de la persona y su participación en el proceso.

La ley determina el marco para que, a posteriori, se regulen otros instrumentos técnicos comunes como son la valoración y el diagnóstico, la ficha social, el modelo de plan de atención personalizado y la cartera de prestaciones y servicios.

La Cartera de Prestación y Servicios se regula a través del Decreto 185/2015, 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales. En ella se recogen: la denominación, la definición de las prestaciones, las modalidades, los objetivos y las necesidades a las que responden, requisitos y procedimientos de acceso, condiciones de pago

del precio público o tasa, o importe a recibir y la periodicidad en el caso de las prestaciones económicas, y causa de cese o suspensión.

Es la Ley de Servicios Sociales la que indica el nivel asistencial de cada servicio. Y el Decreto de Cartera termina de concretar qué administración pública vasca será la encargada de proveer cada servicio o prestación en concreto.

- Los Servicios sociales de atención primaria atienden en situaciones de riesgo relacionadas con la autonomía, la inclusión social y situaciones urgencia o desprotección social. Son la puerta de entrada al sistema. Todos los servicios y prestación de atención primaria recaen sobre los Ayuntamientos, salvo el servicio de teleasistencia.
- Los Servicios Sociales de atención secundaria serán responsabilidad de las Diputaciones Forales en su mayoría, cada una en el ámbito de su territorio. También la realización de la valoración y diagnóstico especializados de dependencia, discapacidad, exclusión y de desprotección. Las prestaciones económicas de asistencia personal y las destinadas para el cuidado en el entorno familiar y apoyo a las personas cuidadoras no profesionales son competencia de las Diputaciones Forales.
- El Gobierno Vasco tendrá competencia de teleasistencia y otros servicios de atención secundaria en los ámbitos de servicios de información en desprotección de menores y mujeres víctimas de violencia de género.
- Cada administración tendrá la competencia respecto a la prestación económica que vincule al servicio que les corresponda.

La planificación estratégica de los servicios sociales del País Vasco, los planes sectoriales y especiales corresponden al Gobierno Vasco.

El Sistema Vasco de Servicio Sociales está compuesto por prestaciones, servicios y equipamientos de titularidad pública y de titularidad privada concertada, por lo que la ley determina la autorización y homologación, la participación, el régimen de conciertos, los convenios y acuerdos marcos de colaboración y el registro. Por otro lado, también regula el apoyo a la iniciativa social sin ánimo de lucro más vinculadas a la innovación y a la experimentación, a la promoción de la participación ciudadanía y a la investigación y mejora de la calidad de los servicios y la práctica profesional.

El Sistema Vasco de Servicios Sociales fomenta actividades de mejora de la calidad en el diseño, la evaluación para la mejora continua, fomentando la investigación, la gestión del conocimiento y la formación continua de profesionales. Para ello se crea el Observatorio Vasco de Servicios Sociales para promover la mejora de la calidad.

2.7.3.1. I Plan Estratégico de Servicios Sociales y su evaluación

El I Plan Estratégico y su Evaluación del I Plan Estratégico de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2016-2019 (s.f.) son documentos extensos y abordan multitud de elementos, pero en este apartado solo se recogen algunas conclusiones relacionadas con la atención a la dependencia de las personas mayores.

La última ley de Servicios Sociales se aprobó en contexto económico de crisis, por lo que el Sistema Vasco de Servicios Sociales ha realizado un esfuerzo importante para crecer en gasto corriente público, en plazas, en personas usuarias y receptoras, en coberturas, en gasto municipal, foral y del Gobierno Vasco. Y se ha mejorado la convergencia entre territorios.

La sostenibilidad social y económica del sistema requiere una inversión, particularmente en la atención de las personas mayores, equilibrando el cuidado institucional y familiar en favor del primero. Para ello, el sistema tiene que mejorar la capacidad de respuesta ante las nuevas necesidades que surgen en el proceso continuo que es la atención y el cuidado de las personas dependientes. Y, sobre todo, es necesario reforzar la atención comunitaria para atender a las personas que deseen permanecer en su domicilio.

Por otro lado, es imprescindible retomar la reflexión sobre alternativas de alojamiento para personas en situación de dependencia. Reorientar y readaptar los centros residenciales, sociosanitarios y servicios de alojamiento para personas mayores; diversificándolos, graduando la intensidad de atención a la evolución de las necesidades, ideando unidades de convivencia reducidas que den sensación de hogar. Todo ello desde el fortalecimiento del Modelo de Atención Centrada en la Persona de carácter relacional con una perspectiva integral (biopsicosocial) de residentes, equipos y familias.

2.7.4. Nivel foral

En 1983, el Parlamento Vasco con el deseo de vertebrar las políticas de la Comunidad Autónoma del País Vasco derivadas de la organización político - administrativo emanada de la

Constitución Española, de 1978, y el Estatuto de Autonomía, de 1979, y con el respeto a los regímenes jurídicos privativos y competencias de sus Territorios Históricos, aprueba la Ley 27/83, de 25 de noviembre, de Relaciones entre las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma y los Órganos Forales de sus Territorios Históricos.

Los Territorios Históricos tienen competencia y dentro de su territorio, entre otras materias (art. 7. C.), de “asistencia social” y “desarrollo comunitario, condición femenina, Política infantil y juvenil, tercera edad, ocio y esparcimiento”. Con esta competencia tendrá potestad (art. 8. 3) a) reglamentaria, para la organización de sus propios servicios, b) administrativas, incluida la inspección, y c) revisora en la vía administrativa, siempre siguiendo las disposiciones de carácter general que dictan las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma.

2.7.4.1. Centros residenciales para personas mayores en Gipuzkoa

Aunque la competencia legislativa general de las políticas sociales en el País Vasco es exclusiva del Parlamento Vasco, la ejecución de esta corresponde a cada Diputación Foral, y con ello también, la posibilidad de regular el funcionamiento de los servicios que presta.

La Diputación Foral de Gipuzkoa regula el acceso a Centro Residenciales de su territorio a través del Decreto Foral 7/2015, del 24 de marzo, por el que se regula el régimen de acceso de servicios residenciales y Centros de Día para personas en situación de dependencia en el Territorio Histórico de Gipuzkoa.

El decreto foral recoge los diferentes recursos a los que regular el acceso (art. 3).

- Servicios residenciales para personas mayores con las diferentes modalidades; centros residenciales, alojamiento polivalente, unidades de convivencia, pisos tutelados y hogares de grupo.
- Servicios residenciales para personas con discapacidad con las mismas modalidades que en el caso de las personas mayores.
- Servicios residenciales para personas con enfermedades mentales con las mismas modalidades que en el caso de las personas mayores y personas con discapacidad.
- Servicios y centros de día para atender necesidades derivadas de limitaciones de la autonomía con las modalidades dirigidas a las personas mayores, personas con discapacidad y para la rehabilitación psicosocial de personas con enfermedad mental.

En el decreto foral no se regulan el procedimiento para la realización de la valoración de dependencia, el posterior reconocimiento del derecho o informe de adecuación o idoneidad, ni tampoco la elaboración del Plan de Atención Personalizada (PAP) que se debe realizar con la participación y consenso de la persona usuaria, familia o entidad tutelar.

Por tanto, el decreto foral regula, entre otras cuestiones, la solicitud del servicio o recurso deseado, la aceptación en las listas de espera, el alta al recurso o aceptación de la plaza, traslados de centro y la estancia en sí de las plazas de la red pública de servicios sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Esta red está compuesta por plazas de diferentes modalidades: plazas de titularidad propia de la Diputación Foral, plazas en convenio o plazas concertadas.

2.7.4.2. Políticas Sociales de transición (Plan de Acción 2021 – 2023)

En el momento actual, la Diputación Foral de Gipuzkoa está inmersa en transformar Gipuzkoa en un “Territorio de Cuidados” que lo define en base a las siguientes características:

- Que las políticas sociales fomenten el cuidado, la calidad de atención y vida de las personas durante toda la vida y busquen garantizar servicios de calidad, eficientes y transparentes.
- Garantizar la continuidad de la atención facilitando la coordinación multinivel.
- Priorizar la permanencia en el domicilio, facilitando formación, soporte y apoyo a las personas cuidadoras.
- Sin desatender los servicios destinados a personas vulnerables, frágiles, en situación de dependencia, exclusión social o desprotección o en riesgo.
- Cuidado a las personas que cuidan, tanto en los ámbitos formales como informales.
- Experimentación social.

El objetivo estratégico es reforzar e impulsar el proceso de desinstitucionalización de los cuidados en el Territorio Histórico de Gipuzkoa. Busca realizar la transición desde un modelo centrado en los servicios hacia un modelo de cuidados que se centre en la persona con la ayuda y la participación de la comunidad. Busca, por lo tanto, impulsar un cambio de paradigma en el modelo de atención, cuidado y apoyos. Para ello, marca 5 objetivos generales (5 resultados) y 18 específicos, con un Plan de Acción 12 ejes y 39 acciones.

El proyecto de capacitación que aquí se presenta va a dar respuesta a los objetivos incluidos en el *2020 – 2030 Gipuzkoa Agenda. Políticas Sociales de transición (Plan de Acción 2021-2023)* (s.f., p. 19):

Objetivo 4: Fomentar la innovación en los cuidados.

Objetivo 4.4 Impulso de nuevos modelos de formación para los cuidados. Programas de formación y/o capacitación gratuita para profesionales y cuidadores informales que facilitan la transformación hacia modelos de Atención Centrada en la Persona.

A continuación, se recoge la foto descriptiva del centro donde se ubica el proyecto.

2.8. Centro Residencial San Andrés

El proyecto de capacitación en el modelo de atención centrada en las personas para las familias de las personas mayores institucionalizadas en el centro residencial San Andrés está diseñado analizando las características y necesidades detectadas en este centro. A modo de contextualización del proyecto, se ofrecen algunas pinceladas de información sobre su gestión y se describen las características de las familias y personas usuarias institucionalizadas en ella.

El Centro Residencial San Andrés es de gestión pública directa del Organismo Autónomo Kabia, adscrita al Departamento de Políticas Sociales, de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Este organismo gestiona actualmente 16 centros residenciales en el territorio con un total de 1.336 plazas de residencia y 145 plazas de centro de día (Kabia, 2021). No obstante, el proyecto de capacitación para las familias se ubica exclusivamente en el centro de Eibar.

En la actualidad, en el Centro San Andrés la ocupación máxima alcanza 91 plazas residenciales; aunque, realmente estén autorizadas 95 plazas. Debido a la pandemia del COVID-19, por mandato de la Diputación Foral, se han reservado 2 plazas para dar respuesta urgente a los casos positivos. Además, por problemas estructurales del centro, 2 plazas están anuladas provisionalmente.

La composición de las 91 plazas residenciales es la siguiente, según datos del centro a fecha del 1 de junio del 2022: hay 68 mujeres (74,72%) y 23 hombres (25,27%). La horquilla de edad va desde los 65 a los 103 años. La franja de 85 a 94 años es la más numerosa con 57 personas (44 mujeres y 13 hombres), el 62% de las personas que residen. Las personas mayores de 85

años constituyen el 86,81% de todas las personas residentes en el centro. La distribución por franja de edad y sexo queda reflejada en la Tabla 6.

Tabla 6. *Distribución de las personas residentes. Franja de edad y sexo.*

	Mujeres	Hombres
65 - 74	2	2
75 - 84	11	7
85 - 94	44	13
95 -104	11	1
	68	23

Fuente. Elaboración propia. Datos obtenidos de la Residencia San Andrés (01-06-2022).

El número de nuevas personas ingresadas en el centro no es constante (Tabla 7). Entre los años 2014 y 2019 en número de bajas va en aumento. Debido a la pandemia del COVID-19 los datos de los últimos 2 años son diferentes y se alejan un poco de lo esperado o habitual. Durante buena parte del año 2020 no se han realizado ingresos en el centro por lo que el número de ingresos ha descendido notablemente. Se ha necesitado todo el año 2021 y primera parte del 2022 para alcanzar la ocupación máxima del centro, 91 plazas.

Tabla 7. *Evolución de ingresos y bajas (causas). Mujeres, hombres y total.*

	Ingresos			Bajas						
	M	H	T	Fallecimiento		Traslado		Renuncia Vol.		T
	M	H	T	M	H	M	H	M	H	T
2014	12	4	16	9	5	1	1	0	0	16
2015	14	11	25	14	11	1	0	0	0	26
2016	21	6	27	16	11	1	0	0	0	28
2017	15	11	26	14	8	0	2	0	0	24
2018	27	12	39	25	13	3	0	0	0	41
2019	21	10	31	19	10	3	0	0	0	32
2020	16	1	17	26	13	1	1	1	0	42
2021	35	23	58	16	9	7	7	1	0	40

Fuente. Elaboración propia. Datos obtenidos de la Residencia San Andrés (31-12-2021).

En los datos que se presentan en la Tabla 7 parece intuirse que cada año va en aumento el número total de ingresos debido al aumento de número de bajas. Una razón puede ser la

disminución del tiempo que cada residente pasa institucionalizado. Aunque dicha suposición se debería confirmar estudiando dicho tema más a fondo.

En cuanto a la composición de las familias de las personas institucionalizadas no existe un análisis en profundidad de ella. Cada residente tiene una persona de referencia asignada, y se recogen los datos de contacto de los miembros que quieren aparecer como contacto. Por lo que la población beneficiaria directa serán todas las personas que están anotadas o registradas como contactos de la persona institucionalizada y tengan una vinculación afectiva con la persona institucionalizada.

El nivel de apoyo familiar es adecuado en la mayoría de los casos, según datos del 1 de junio del 2022. Sin embargo, existen cuatro residentes con escaso apoyo familiar y otra más carece de vínculos con la familia y/o personas de la comunidad que le ofrezcan apoyo emocional, instrumental o estratégico. La valoración del escaso apoyo familiar es debido a que la persona de referencia, allegada o la familia responde a las peticiones realizadas desde el centro (necesidad de ropa, acompañamiento a consulta médica con especialista, ...), pero el apoyo emocional que ofrece a la persona residente es muy escaso y apenas realizan visitas.

El equipo Psicosocial del Centro (trabajadora social, psicóloga y monitoras) ve la necesidad de trabajar con las familias, apoyando el acompañamiento en el ingreso y en las diferentes etapas de la vida en la residencia. A pesar de que no exista un estudio concreto en el centro se intuye mediante años de experiencia profesional que, cuanto mayor es el vínculo, la confianza, la comunicación entre la familia y el centro, mayor satisfacción para la familia y la persona residente en el centro, y, por consiguiente, para las y los profesionales de centro, también.

3. Diseño metodológico

El proyecto de capacitación en el modelo de atención centrada en la persona para las familias de las personas mayores institucionalizadas en el centro residencial San Andrés de Eibar, Gipuzkoa, se ha diseñado con el propósito de acercar a las familias a este modelo de cuidado y ganar así en confianza y en satisfacción hacia el centro a través de un trabajo en equipo entre las personas usuarias, sus familiares y el equipo profesional del centro.

Tabla 8. Estructura básica del proyecto.

Criterios básicos	
Número de sesiones	6 sesiones (una sesión a la semana)
Duración de la sesión	2 horas y 15 minutos (descanso de 15 minutos incluido)
Dimensión del grupo	Mínimo 8 personas - Máximo 12 personas
Criterio para la participación	Adaptación al centro Estadio II
Guía/ formadora	Personal externo
Profesionales participantes	Trabajadora social, psicóloga, supervisora de auxiliares, enfermera, médico y supervisor general del servicio
Frecuencia de proyecto	2 o 3 veces al año

Fuente. Elaboración propia.

El proyecto se ha diseñado con una estructura cerrada (Tabla 8). La duración total del proyecto es de siete meses para sus fases de diseño, ejecución y evaluación. Consta de seis sesiones de dos horas y cuarto de duración, el grupo de participantes está compuesto por un mínimo de ocho personas y máximo de doce, y todas esas personas deberán haber alcanzado un estadio II de adaptación al centro.

La frecuencia ideal para la realización del proyecto en el centro es de dos o tres veces al año; De esa manera, las familias de las nuevas incorporaciones al centro podrían participar en ella y se facilitaría así la adaptación al funcionamiento del centro y al modelo de atención.

3.1. Objetivos del proyecto

A continuación, se recogen el objetivo general y los objetivos específicos del proyecto.

3.1.1. Objetivo general

- Capacitar a las familias de personas mayores institucionalizadas en el centro Residencial San Andrés en el modelo de atención centrada en la persona.

3.1.2. Objetivos específicos

- Conocer el modelo de atención centrada en la persona y sus principios fundamentales.
- Analizar los principios y conceptos básicos del modelo de atención centrada en la persona: participación, trato digno, autonomía en la toma de decisiones, independencia funcional, respeto a los deseos y preferencias y la continuidad del proyecto de vida.
- Reflexionar sobre las diferentes formas de atención y cuidado.
- Suscitar espacios de respeto hacia los deseos y preferencias de las personas mayores dependientes institucionalizadas dentro del seno familiar.
- Generar cambios en las peticiones y solicitudes de las familias hacia la atención y cuidado del centro residencial.

El proyecto busca capacitar a las familias de las personas residentes del centro en el modelo de atención centrada en la persona, para mejorar la satisfacción general de las familias hacia el centro. Todo ello, a través de un trabajo compartido (centro – familia) de atención y cuidado desde una comunicación más cercana que mejorará el servicio de acompañamiento hacia la familia. Todo esto repercutirá, indudablemente, en que la atención de la persona mayor institucionalizada será más personalizada, basada en el empoderamiento, en el respeto de la autonomía personal y en la independencia funcional.

Por otro lado, el proyecto contribuirá también al avance y consolidación de la implantación del modelo de ACP en el centro. Propiciará un debate y cambio de visión de los derechos de las personas mayores dependientes también entre las y los profesionales del centro, equipo interdisciplinar y dirección.

3.2. Población beneficiaria

El proyecto generará beneficio a diferentes grupos de interés de forma directa e indirecta.

3.2.1. Población beneficiaria directa

Se considera población beneficiaria directa al grupo de personas al que va dirigido el proyecto. En el caso del proyecto de capacitación, son las familias y personas queridas o allegadas de las personas mayores residentes en San Andrés.

3.2.1.1. Familiares de las personas residentes

El proyecto de capacitación está dirigido a las personas del entorno familiar, cercanas o que tienen una vinculación emocional - afectiva con la persona mayor institucionalizada en el centro, hayan sido previamente persona o familia cuidadora principal o no. Estas personas deberán encontrarse, por lo menos, en un estadio II de adaptación al centro. Aunque los estadios no tienen que ir correlativos se puede estimar que a los tres meses del ingreso las familias se encuentran adaptadas al centro. De todas formas, se deberá valorar la adecuación, una a una, de cada persona participante en el proyecto. El estadio II puede ser un buen momento para trabajar con las familias el modelo de atención centrada en la persona y otros aspectos relacionados con el centro como pueden ser las normas y el funcionamiento.

En los grupos se priorizará a las personas cuyos familiares lleven poco tiempo institucionalizados en el centro, siempre que se encuentren en el estadio II. Aunque podrán completarse los grupos con otras personas allegadas y familiares de residentes que lleven más tiempo.

3.2.2. Población beneficiaria indirecta

La población beneficiaria indirecta también obtiene beneficios dentro del proyecto, aunque el proyecto no vaya dirigido a ella.

3.2.2.1. Personas mayores dependientes residentes en el centro

El primer grupo de población que saldrá beneficiaria de forma indirecta son las personas mayores institucionalizadas en el centro cuyas familias o personas cercanas participen en el proyecto de capacitación. El cambio de visión sobre la promoción de la autonomía en las

decisiones de la propia vida y el desarrollo de la independencia funcional de estas personas tendrá una repercusión en la propia vida de esas personas.

Esta filosofía de atención y el modelo ACP irá extendiéndose e impregnándose en las actitudes, valores y cultura del centro (profesionales, familiares y residentes), e influirá a todas las personas que residen en la misma.

3.2.2.2. Profesionales del centro

La plantilla de profesionales de centro residencial San Andrés será una de las grandes beneficiarias del proyecto de intervención. La implantación del modelo de atención centrada en la persona en este centro conlleva un cambio global en la organización: en el funcionamiento interno, con un liderazgo transformacional y compromiso amplio de la entidad propietaria (Diputación Foral de Gipuzkoa) hacia el nuevo modelo que necesariamente implica la implantación de un sistema de calidad integrado en el centro. Diversos estudios apuntan que el modelo ACP mejora la satisfacción de la plantilla.

3.3. Actividades y tareas

Todo esto será posible a través de las actividades que se han diseñado para llevar a cabo el proyecto que consta de seis sesiones de dos horas y cuarto de duración, contando con el descanso. En cada una de las sesiones se trabajarán diferentes aspectos del modelo de ACP: los deseos y preferencias, el proyecto de vida, la asunción de riesgos, el final de la vida y el encaje con la realidad (Tabla 9).

De forma transversal se buscará crear confianza entre las familias participantes y el centro y sus profesionales. Para ello, en cada sesión participará, además de la persona guiadora o formadora, una persona del equipo del centro. Para propiciar un encuentro o acercamiento en un espacio más relajado o informal fuera de los despachos y contextos habituales.

Tabla 9. *Resumen. Contenidos principales de las sesiones.*

Sesiones	Contenido principal
Sesión 1.	Introducción al modelo de atención centrada en la persona.
Sesión 2.	Conocer los propios deseos y preferencias ante los cuidados y búsqueda creativa de alternativas.

Sesión 3. Participación en la planificación de los propios cuidados y la participación asistida.

Sesión 4. Asunción de riesgos y bienestar.

Sesión 5. Final de la vida y el derecho a saber.

Sesión 6. Limitaciones éticas, adecuación de los deseos al entorno, búsqueda de lo óptimo y repaso general.

Fuente. Elaboración propia.

3.3.1. Primera sesión

Sesión de presentación e introducción al proyecto de capacitación y al modelo de atención centrada en la persona.

3.3.1.1. Objetivos

- Conocer a las personas que conforman el grupo y sus experiencias de cuidado.
- Compartir la experiencia de la adaptación al centro.
- Introducir conceptos básicos del modelo: derechos de las personas, trato digno, respeto a los deseos y preferencias, participación, autonomía, independencia, ...

3.3.1.2. Desarrollo de la actividad

En esta primera sesión la coordinadora del proyecto, es decir, la trabajadora social del centro realizará la presentación de la persona formadora que guiará las sesiones e impartirá semanalmente la parte teórica de la misma. Presentará el proyecto, el calendario, los horarios, descansos y normas del grupo. Y realizará una pequeña presentación de lo que se espera conseguir con las sesiones, es decir, analizar y reflexionar sobre otra forma de cuidado en concordancia con los propios deseos y preferencias de la persona mayor.

En esta sesión las actividades irán encaminadas a expresar la trayectoria que han tenido como personas cuidadora y a verbalizar el proceso de adaptación en el centro. La formadora iniciará la sesión con una ronda de presentación para que las personas que conforman el grupo de participantes puedan realizar su propia presentación. Se les pedirá que cuenten brevemente su experiencia como personas cuidadoras y el proceso de adaptación al centro. Se recogerán, de forma escrita en una pizarra, los aspectos positivos y negativos que vayan expresando.

Se realizará un repaso – resumen de las experiencias, sentimientos, contradicciones, alegrías, capacidades recogidas en la pizarra. Será importante validar todas estas experiencias personales. Y se incorporarán conceptos básicos del modelo ACP que puedan tener cabida.

3.3.2. Segunda sesión

Durante esta sesión se pondrán en valor los propios deseos y preferencias. Las personas participantes se pondrán en la piel de una persona mayor dependiente e intentarán responder en primera persona a ¿Cómo nos gustaría envejecer? ¿Dónde? Y, ¿Cómo nos gustaría que nos cuidarán? También se realizará un ejercicio para entrenar la búsqueda creativa de soluciones.

3.3.2.1. Objetivos

- Reflexionar sobre los deseos y preferencias personales ante el envejecimiento y el derecho a que se respete el proyecto de vida.
- Aprender a pensar “fuera de la caja”.

3.3.2.2. Desarrollo de la actividad

Esta segunda sesión, la persona formadora, junto con la psicóloga del centro, dirigirá la sesión. En un principio intentará que las personas participantes rememoren los conceptos o ideas básicas extraídas en la sesión anterior.

Se verá un pequeño video donde una persona mayor dependiente cuenta su proyecto de vida y expresa sus deseos y preferencias para el futuro. Cada participante de forma individual realizará una reflexión personal de las expectativas de cuidado, deseos, ilusiones para el futuro. Y se compartirán en voz alta con el resto de las y los participantes para analizarlos de forma conjunta.

A continuación, se visionarán dos experiencias o situaciones de personas mayores dependientes. La primera, donde el entorno no respeta la decisión de la persona mayor; la segunda, donde la decisión tomada no está en concordancia con el proyecto de vida de esa persona. Se reflexionará en grupo grande sobre lo visto y sobre los sentimientos y sensaciones que les genera y los frutos de la reflexión. Y se escribirán en la pizarra electrónica (ordenador táctil) para recordar en la próxima sesión.

Para finalizar, se realizará un ejercicio para aprender a pensar “fuera de la caja” en grupos pequeños de dos o tres personas. Cada grupo tendrá un ejercicio diferente, y tendrá que exponer en grupo grande la situación y las posibles soluciones. El resto del grupo también podrá aportar nuevas alternativas. Esta actividad facilitará el entrenamiento de la búsqueda creativa de alternativas y soluciones posibles.

3.3.3. Tercera sesión

En esta sesión se abordará el tema de la participación de las personas mayores en el proceso de la planificación de los cuidados personalizados y el plan de atención y vida (PAyV). También la participación asistida o de tercera persona de aquellas que no pueden tomar parte de forma autónoma o personal por diversas cuestiones. Para ello, las personas asistentes al grupo deberán asumir el rol de persona mayor institucionalizada.

3.3.3.1. Objetivos

- Identificar momentos y cuestiones concretas sobre los que nos gustaría tomar las propias decisiones dentro del centro.
- Conocer las herramientas que el centro utiliza para planificar el cuidado y la atención; plan de cuidado personalizado y plan de atención y vida, principalmente.
- Analizar la importancia de llegar a acuerdos y ajustar expectativas.
- Promocionar la participación de las personas mayores en la toma de decisiones.
- Abordar la responsabilidad de toma de decisiones asistida.

3.3.3.2. Desarrollo de la actividad

Esta tercera sesión, la persona formadora, junto con la persona que realizar la supervisión de auxiliares de enfermería o geriatría del centro, dirigirá la sesión. En la primera parte de la sesión será necesario que las personas participantes se identifiquen como personas usuarias del centro. En grupos pequeños de dos o tres personas deben identificar las cuestiones o en qué momentos sobre los que les gustaría opinar o tomar las decisiones.

A continuación, la persona formadora presentará las herramientas que maneja el centro para recoger los cuidados y la atención que se presta a la persona mayor institucionalizada. Abordará la importancia de ajustes en las expectativas para llegar a acuerdos óptimos. Se analizarán, en grupo grande varios planes de cuidados y de atención y vida diferentes, para

visibilizar la importancia de la participación activa de la persona residente en los planes de atención del centro.

Para finalizar, la persona formadora abordará el tema de las personas que no pueden tomar sus propias decisiones, dando por hecho que estas personas tienen el derecho a que su proyecto de vida tenga una continuidad y esté alineado con su forma de vida, valores, deseos y preferencias. Se tratará la responsabilidad que tiene la tercera persona de respetar la individualidad y singularidad de la persona mayor no capacitada para la toma de sus propias decisiones. También cómo abordar la toma de esas decisiones. Y se recordarán las reflexiones que generó el visionado de las dos experiencias de personas mayores en la sesión anterior.

3.3.4. Cuarta sesión

En la cuarta sesión se trabajará la asunción de riesgos, los beneficios de la deambulación para la salud, para la autoestima y para la satisfacción personal.

3.3.4.1. Objetivos

- Conocer las sujeciones físicas y químicas y las restricciones.
- Conocer los beneficios y riesgos con y sin sujeciones (deambulación, caídas, úlceras, auto percepción, agitación, ansiedad, ...).
- Sentir las restricciones y sujeciones en la propia piel.
- Reflexionar sobre la asunción de riesgos en la consecución del bienestar y la autoestima.

3.3.4.2. Desarrollo de la actividad

En la cuarta sesión, la persona formadora junto con una persona del equipo de enfermería del centro dirigirá la sesión. Se repartirá entre las personas asistentes: sillas de ruedas, andadores, cinturones pélvicos, torácico-pélvicos, manoplas, ... junto a unas fichas descriptivas de su situación personal ficticia. En esa ficha se recogerá la historia de vida, aficiones, profesión, valores, deseos, relación con la familia, enfermedad, tratamientos, conductas, sujeciones y restricciones que se utilizan con esa persona. Así cada participante podrá entender mejor en su persona ficticia.

La primera actividad será leer la historia de vida o ficha de la persona ficticia y poner todas las restricciones o sujeciones que le correspondan. Y se impartirá la parte más teórica de la sesión explicando los tipos de sujeciones que existen, diferencia entre restricciones y sujeciones, voluntarios e involuntarios, etc. Y se analizarán los riesgos y beneficios posibles para cada personas o situación.

Una vez finalizada la parte teórica se hará una ronda para expresar y analizar sentimientos y sensaciones que cada participante ha experimentado respecto a las sujeciones y restricciones que tiene en primera persona. A continuación, cada participante explicará al resto quién es su persona ficticia y transmitirá cómo cree que se sentiría la persona ficticia. Entre las asistentes intentarán recoger los posibles riesgos de eliminar las sujeciones y propondrán otras posibles soluciones o alternativas para cada situación.

Como material teórico opcional para la preparación de la sesión se puede utilizar el documento de la Fundación Cuidados Dignos y el método Libera- Ger.

3.3.5. Quinta sesión

En la quinta sesión se abarca el tema sanitario y la fase final de la vida.

3.3.5.1. Objetivos

- Reflexionar sobre el derecho de la persona a saber y a no querer saber los diagnósticos, pronósticos y expectativas de vida.
- Reflexionar sobre la conspiración del silencio.
- Conocer herramientas para la planificación del final de la vida; voluntades anticipadas o testamento vital.
- Introducir información del cuidado al final de la vida, cuidados paliativos y eutanasia asistida.

3.3.5.2. Desarrollo de la actividad

En la quinta sesión, la persona formadora, junto con el médico del centro, dirigirá la sesión. En la primera parte de la sesión se visionará un relato de una persona reflexionando sobre su enfermedad, su pronóstico y la importancia del cierre de los capítulos personales para aceptar y prepararse para la muerte. Habla de sus miedos, el sufrimiento y el dolor.

Se propone utilizar fragmentos de la película *Las alas de la vida* del director Canet (2006). Película - documental del médico de familia Carlos Cristos al que se le diagnostica una enfermedad neurodegenerativa y a través de este documental comparte su experiencia de lucha por la dignidad en las últimas etapas de su enfermedad.

En grupo se reflexionará sobre los conceptos que han ido apareciendo en los fragmentos de la película que se ha visto. Se vuelve a incidir en el respeto hacia los deseos y preferencias de cada persona. Se introduce el concepto de conspiración del silencio y se reflexiona sobre ello.

En la segunda parte de la sesión, se impartirá la información sobre el cuidado al final de la vida, los cuidados paliativos y la eutanasia asistida y la herramienta del testamento vital donde cada persona puede dar constancia de los propios deseos ante los cuidados al final de la vida. También se informa de otros documentos que se pueden utilizar en el centro para transmitir los deseos de la persona mayor a través de la tercera persona. Este último documento puede utilizarse solamente en caso de no haber un deseo escrito de la propia persona al final de la vida. Para finalizar esta segunda parte se reflexionará en grupo grande sobre estas cuestiones respetando las opiniones, valores y pensamientos de cada persona.

3.3.6. Sexta sesión

La sexta sesión servirá para repaso de las anteriores sesiones. También se reflexionará sobre los principios éticos y sobre la aplicación del modelo de atención centrada en la persona en el contexto residencial de San Andrés.

3.3.6.1. Objetivos

- Rememorar lo trabajado en las sesiones anteriores.
- Conocer los principios éticos de la intervención sociosanitaria; la dignidad como valor mayor a defender y no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia.
- Reflexionar sobre las limitaciones éticas que pueden surgir.
- Reflexionar sobre la aplicabilidad de lo trabajado en el centro y en el entorno familiar.

3.3.6.2. Desarrollo de la actividad

En la sexta sesión, la persona formadora, junto con el supervisor general del servicio del centro, dirigirá la sesión. En la primera parte, en grupos pequeños de dos o tres personas, tendrán que recordar lo trabajado en cada sesión y extraer las ideas principales. En grupo

grande se recogerá el resumen general de las cinco sesiones anteriores. Se reflexionará sobre la aplicabilidad del modelo ACP dentro del contexto familiar y en el centro. Se visibilizará la necesidad de buscar, en ocasiones, la solución óptima.

En la segunda parte, se introducirán el concepto de dignidad y los principios éticos de intervención para superar las posibles dificultades éticas. Y a través de un ejercicio práctico se reflexionará sobre esta cuestión.

Para finalizar, se animará a las personas participantes a participar activamente con el equipo de la residencia en el empoderamiento de la persona residente y animar a participar en la planificación de los cuidados y el plan de atención y vida propia. Y a las familias de personas mayores no capacitadas o que necesita ayudar para la toma de decisiones se les animará a participar acompañando o representando a estas. Agradeciendo su participación finalizará la sesión.

Como material teórico para la preparación de la sesión se puede utilizar el Código Ético para la atención sociosanitaria a las personas mayores (Goikoetxea et al., 2015).

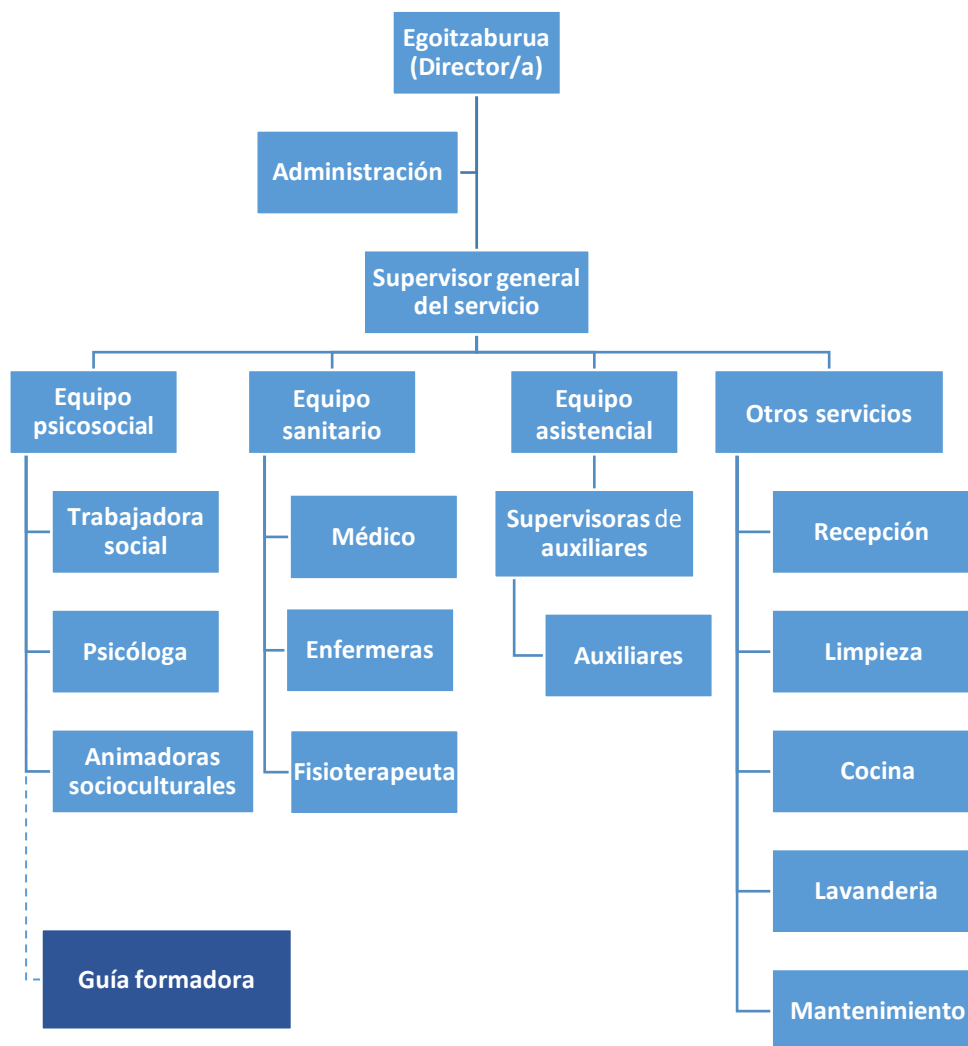
3.4. Organigrama

En este apartado se recogen el organigrama del Centro Residencial San Andrés para el proyecto de intervención en capacitación en el modelo ACP para las familias (Figura 6).

El director del centro es la persona encargada de la gestión y administración económica y del personal del centro. El supervisor general realiza el control de las entidades y servicios subcontratados y la coordinación de los servicios internos.

El equipo interdisciplinar del centro está compuesto por el director, el supervisor general y miembros de equipo asistencial, sanitario y psicosocial. El equipo sanitario del centro se encarga de la salud, la prevención. Y la rehabilitación de las personas que residen en el centro. El equipo asistencial se encarga del cuidado, la atención en las actividades de la vida diaria y el acompañamiento de las personas usuarias. Y el equipo psicosocial se encarga del estado cognitivo, emocional, relacional y psicológico de las personas mayores y de acompañar a sus familiares cercanos.

Figura 6. Organigrama Centro Residencial San Andrés para el proyecto.



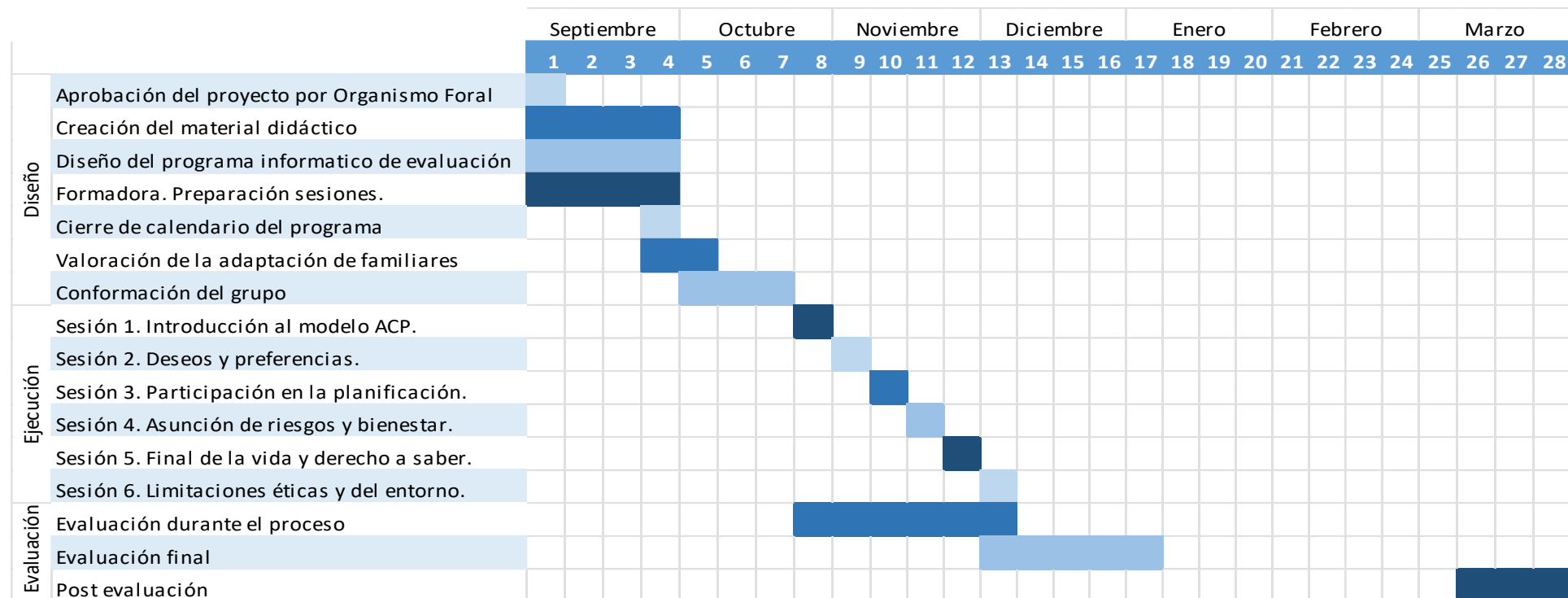
Fuente. Elaboración propia.

Finalmente, para el proyecto se subcontratará una entidad formadora que realizará la labor de guiar y formar en las sesiones semanales. Esa entidad trabajará en colaboración estrecha con el equipo psicosocial del centro.

3.5. Cronograma

El proyecto tiene un tiempo estimado de siete meses. Durante ese tiempo se desarrollarán todas las actividades necesarias para el desarrollo de diseño, ejecución y evaluación, tal y como se recoge en la Tabla 10.

Tabla 10. Temporalización del proyecto.



Fuente. Elaboración propia.

Durante la fase de diseño se realizarán las siguientes tareas: para iniciar el proyecto será necesario la aprobación de Kabia, Organismo Foral, y de dirección del centro. Y una vez obtenida la aprobación se preparará el material didáctico (grabación de videos, ejercicios, modelos de planes de cuidado, etc...), se diseñará el programa informático de obtención de datos de la evaluación y se realizará la contratación de la empresa externa que proporcionará la persona guiadora – formadora de las sesiones.

El cierre del calendario y horario de las sesiones con la persona formadora y el supervisor general del centro será necesario para que las y los diferentes profesionales que deben participar en las sesiones sean debidamente informados y sustituidos, en su caso.

Valoración de las familias de las últimas personas ingresadas al centro para determinar si la posible persona participante se encuentra en el estadio II de la adaptación al centro. Esta valoración lo realizará el equipo psicosocial del centro (la psicóloga dos animadoras socioculturales o monitoras y la trabajadora social) con el propósito de determinar si para la persona participante podrá ser provechoso las sesiones de capacitación al modelo ACP. Una vez definida la lista de posibles familiares, se iniciará la conformación del grupo, hablando con cada una de ellas para explicar el programa, el calendario y el fin del proyecto.

En la fase de ejecución se llevarán a cabo las seis sesiones diseñadas en el proyecto.

La fase de evaluación se realizará en tres tiempos diferentes. Tras cada sesión se evaluará dicha sesión. Una vez finalizadas las seis sesiones se realizará la evaluación final. Y la post evaluación se realizará a los dos meses de finalizar la ejecución del proyecto.

3.6. Recursos

Para llevar a cabo el proyecto serán necesarios los siguientes tipos de recursos: materiales y técnicos, personales y económicos. La mayoría de los recursos son propios del centro.

3.6.1. Recursos materiales y técnicos

Los materiales y elementos técnicos necesarios para el desarrollo del proyecto son:

- Espacio para el desarrollo del proyecto (aula).
- 14 asientos.
- Pantalla ordenador táctil.

- Pizarra blanca y rotuladores de diferentes colores.
- Ayudas técnicas: sillas de ruedas, andadores, bastones...
- Sujeciones: Cinturones pélvicos, torácico-pélvicos, manoplas...
- Restricciones: butacas bajas que impidan levantarse con facilidad, ...
- Materiales didácticos (ver Tabla 13, presupuesto).
- Programa informático para extraer datos de las evaluaciones (ver Tabla 13).

A continuación, se recoge el listado exacto de lo que se necesita en cada una de las sesiones (Tabla 11).

Tabla 11. *Recursos materiales y técnicos por sesión.*

Sesiones	Materiales y técnicos
Sesión 1.	<ul style="list-style-type: none"> • Pantalla ordenador táctil. • Pizarra y rotuladores. • Material entregable para asistentes: calendario, horario, normas éticas de funcionamiento, cuadro firmas de asistencia. • Fichas de evaluación: asistentes, profesional y persona formadora.
Sesión 2.	<ul style="list-style-type: none"> • Pantalla ordenador táctil. • Pizarra y rotuladores. • Material didáctico: <ul style="list-style-type: none"> ○ Video deseos y preferencias de persona mayor dependiente (3 modelos). ○ Video donde se visibiliza que no se respeta la decisión de la persona mayor (3 modelos). ○ Video donde se visibiliza que las decisiones no son coherentes con estilo de vida de la persona (3 modelos). ○ Ejercicio: aprender ver fuera de la caja, búsqueda de soluciones creativas (8 modelos diferentes). • Fichas de evaluación: asistentes, profesional y persona formadora.

-
- Sesión 3.
- Pizarra y rotuladores.
 - Material didáctico:
 - Plan de cuidado personalizado (3 modelos).
 - Plan de atención y vida (3 modelos).
 - Fichas de evaluación: asistentes, profesional y persona formadora.

- Sesión 4.
- Pizarra y rotuladores.
 - Materiales:
 - Ayudas técnicas: Sillas de ruedas, andadores, bastones, ...
 - Sujeciones: Cinturones pélvicos, torácico - pélvicos, manoplas, ...
 - Restricciones: butacas que impiden levantarse, mesas, ...
 - Material didáctico:
 - Ficha de personaje ficticio (16 modelos diferentes).
 - Fichas de evaluación: asistentes, profesional y persona formadora.

- Sesión 5.
- Pantalla ordenador táctil.
 - Pizarra y rotuladores.
 - Material didáctico:
 - Testamento vital (3 modelos).
 - Voluntades de forma indirecta o asistida (3 modelos).
 - Fichas de evaluación: asistentes, profesional y persona formadora.

- Sesión 6.
- Pantalla ordenador táctil.
 - Pizarra y rotuladores.
 - Material didáctico:
 - Dilemas éticos (3 modelos).
 - La búsqueda de lo óptimo (3 modelos).
 - Fichas de evaluación: asistentes, profesional y persona formadora. Y ficha de evaluación final.
-

Fuente: Elaboración propia.

3.6.2. Recursos personales

En el proyecto participaran profesionales internos y externos del centro.

3.6.2.1. Coordinación del proyecto

La trabajadora social del centro asumirá la coordinación del proyecto. Cerrará el calendario y horario con la persona formadora y con el supervisor general del servicio.

Su labor será conformar el grupo de participantes. Para ello, hablará personalmente con las posibles personas participantes hasta conformar el grupo de entre ocho y doce personas, explicando la importancia de la participación y los posibles beneficios y logros que podrán obtener.

Durante las semanas del proyecto de capacitación preparará el espacio de encuentro y los recursos técnicos necesarios junto con la formadora de las sesiones y estará disponible para cualquier incidencia durante la sesión.

Durante las semanas que se realizan las sesiones estará pendiente de las familias participantes, recogerá las impresiones desde una escucha activa. Recogerá los motivos de las ausencias si las hubiera. Entre sus funciones también se encuentra realizar el seguimiento de la evaluación del proyecto (durante el proceso, al final y la post evaluación).

3.6.2.2. Formadora y guía de las sesiones

Se subcontratará una entidad formadora para ejercer esta labor de guía y formación. Se considera que una persona ajena al centro podrá ofrecer una visión más imparcial del modelo, alejándose de las dificultades y limitaciones que se pueden generar en la implantación en el centro. Esta persona dirigirá las sesiones semanales e impartirá la parte teórica de cada una de ellas.

Tendrá un perfil profesional prioritario de trabajadora social o psicología de la salud o clínica. Entre sus habilidades y cualidades deben destacar la capacidad de adaptarse a diversos perfiles de personas (edad, nivel educativo, creencias, ...), de generar armonía y de construir lazos entre las personas. Se estima que se requerirán sus servicios por 100 horas.

3.6.2.3. Miembros del equipo interdisciplinar participantes en las sesiones

En cada sesión participará un miembro del equipo interdisciplinar del centro, con un doble objetivo: hacer sentir a las familias la cercanía y la humanidad de los miembros del equipo profesional y resolver dudas sobre el funcionamiento concreto y las herramientas del centro (profesionales expertas y expertos en sus áreas).

En el diseño del proyecto de capacitación se han tenido en cuenta los temas a tratar en cada sesión y el conocimiento técnico de cada área (Tabla 12).

Tabla 12. *Profesionales del centro por contenido de cada sesión.*

Profesional del centro	Contenido principal
Trabajadora Social	Introducción al modelo de atención centrada en la persona.
Psicóloga	Conocer los propios deseos y preferencias ante los cuidados. Aprender a pensar “fuera de la caja”.
Supervisara de Auxiliares	Participación en la planificación de los propios cuidados y la participación asistida.
Enfermera	Asunción de riesgos y bienestar.
Médico	Final de la vida y el derecho a saber.
Supervisor General del Servicio	Dilemas éticos y búsqueda soluciones óptimas.

Fuente. Elaboración propia.

3.6.2.4. Equipo gestor del proyecto

El equipo gestor lo componen el director, el supervisor general del servicio y el personal de administración. El director del centro es la persona que tiene la capacidad de presentar el proyecto ante Kabia, organismo foral de gestión de residencias públicas, para su aprobación y/o visto bueno. El director se encargará de gestionar los fondos y de transmitir o informar a los organismos superiores los resultados y las valoraciones del proyecto.

El supervisor general del servicio es la persona que se encargará de mantener el contacto con las empresas o personas externas contratadas para la preparación del material didáctico, como guía y formación en las sesiones y para diseñar el programa la extracción de los datos de evaluación.

3.6.3. Recursos económicos

Para llevar a cabo el proyecto es necesario disponer de recursos económicos (Tabla 13) para subsanar los siguientes gastos: la contratación de una persona formadora externa, la creación del material didáctico y grabaciones de videos y el programa informático de gestión de datos de la evaluación.

Para la ejecución del proyecto es necesaria la contratación de un profesional externo para ejercer de guía y formadora en las sesiones. Su labor principal será guiar las sesiones e introducir la parte teórica de las sesiones de forma sencilla y adaptada al grupo de participantes.

Previo a la ejecución del proyecto de capacitación es necesario preparar el material didáctico (videos, ejercicios, ...) y el programa de obtención de datos de evaluación del proyecto. Estas dos actividades solo se deben realizar una vez, ya que en proyectos posteriores se podrá utilizar dicho material.

Tabla 13. *Presupuesto del proyecto.*

Concepto		Presupuesto
Empresa especialista en preparación material didácticos		5.000,00 €
Empresa. Programa informático		3.000,00 €
Empresa. Servicios Gerontológicos. Persona guía- formadora	100 horas	4.500,00 €
TOTAL		12.500,00 €

Fuente. Elaboración propia.

3.7. Evaluación

La evaluación del proyecto se realizará en diferentes fases con el fin de evaluar el diseño del proyecto, la implementación y los resultados obtenidos del proyecto de capacitación. Se utilizarán indicadores de evaluación que analicen la eficacia, la participación, el impacto y el

esfuerzo del proyecto que obtendrán a través de diferentes agentes e instrumentos que se detallan a continuación.

3.7.1. Fases de la evaluación

La evaluación del proyecto se realizará en tres fases: durante el proceso (evaluación de seguimiento), al finalizar la implementación (evaluación final) y a los dos meses (evaluación a posteriori).

La evaluación de seguimiento se realizará durante el proceso de ejecución o implementación del proyecto mediante unos cuestionarios muy sencillos que deberán rellenar tanto las personas participantes como la persona formadora y la o el profesional del centro. Esta evaluación servirá principalmente para mejorar el diseño del proyecto extrayendo “información, reflexiones y conclusiones” (Plataforma de ONG de Acción Social, s.f.b, p. 21) sobre el desarrollo del proyecto ejecutado y para introducir mejoras en el momento inmediato, si fuera posible, y para futuras ediciones.

Al final de las seis sesiones se realizará la evaluación final del proyecto. Tiene la finalidad de valorar el desempeño del proyecto implementado y de extraer enseñanzas (Plataforma de ONG de Acción Social, s.f.b, p. 21).

A los dos meses de finalizar la ejecución se realizará la evaluación posterior o “ex post”. Será el momento adecuado para evaluar el cumplimiento efectivo de los objetivos o el impacto producido por el proyecto: los cambios en las actitudes o comportamientos de las personas participantes y el grado de satisfacción que produce ese cambio en la persona mayor institucionalizada. Con ello se pretende extraer conclusiones que refuercen el aprendizaje que permita mejorar la toma de decisiones (Plataforma de ONG de Acción Social, s.f.b, p. 22.)

En esta fase también se realizará un análisis de los posibles impedimentos, frenos o dificultades que se están dando en cada entorno familiar para iniciar o producir la transformación esperada.

3.7.2. Instrumentos de evaluación.

En el proceso completo de evaluación se utilizarán diferentes herramientas o instrumentos de evaluación. A continuación, se detalla en qué momento y con qué fin se utilizará cada instrumento (Tabla 14).

Tabla 14. Tipo de herramienta de evaluación en cada fase.

	Evaluación de seguimiento	Evaluación final	Evaluación a posteriori
Cuestionario autoadministrado	Participantes Personas formadora Profesional del centro	Participantes	
Entrevista personal			Participantes Persona mayor institucionalizada
Registro	Participantes Asistencia		Solicitudes Contabilidad
Reunión		Coordinadora y formadora	Equipo interdisciplinar

Fuente. Elaboración propia.

- Cuestionarios autoadministrados.

Se han diseñado cuatro cuestionarios autoadministrados diferentes para realizar la evaluación del proyecto; tres para la fase de evaluación de seguimiento o de proceso y uno para realizar la evaluación final del mismo (ver Anexos A, B, C, D).

Estos cuestionarios se rellenarán en el momento inmediatamente antes o después de finalizar cada sesión semanal. En la sexta sesión las personas participantes rellenarán dos cuestionarios seguidos, el de seguimiento y el final.

Los cuestionarios autoadministrados se deberán rellenar de forma individual, pero en el caso del grupo de participantes dependiendo del perfil y con objetivo de facilitar la labor de evaluar la persona formadora podrá realizar la lectura en alto de las preguntas.

Casi la totalidad de las preguntas de los cuestionarios ofrece la respuesta, con las opciones: mucho, bastante, poco y muy poco. Se ha decidido ofrecer solo cuatro opciones para forzar a las personas que responder a posicionarse en el lado positivo o negativo de la escala. Tan solo en la pregunta que hace alusión a los contenidos analizados en la sesión (evaluación de seguimiento) y en la que pregunta por los contenidos aprendidos (evaluación final) se deberá responder en formato de texto libre, es decir, se deberá escribir la respuesta que se considera conveniente.

- Entrevistas personales.

Las entrevistas personales se realizarán con el objetivo de analizar el impacto del proyecto, es decir; el cambio de actitud de la familia en cuanto a respetar los deseos y preferencias de las personas mayores y el grado de satisfacción con el que la persona mayor valora el respeto a sus deseos. Se han previsto dos tipos de entrevistas: la primera, entre la trabajadora social del centro y cada una de las personas participantes; y, la segunda, entre la psicóloga del centro y cada una de las personas mayores institucionalizadas cuya familia ha participado en el proyecto de capacitación.

- Registros varios.

Existen diferentes registros donde se anota la información sistemáticamente en la labor diaria del centro residencial. Se aprovecharán dichas herramientas sin necesidad de crear nuevas para el proyecto. Tan solo se ha diseñado el registro de participantes y asistencia del proyecto.

- Reunión de evaluación.

Se realizarán tres reuniones de evaluación. Una para la evaluación final y dos en la evaluación a posteriori.

La primera, en la fase de evaluación final, se realizará entre la coordinadora del proyecto y la persona formadora de las sesiones. El objetivo principal es analizar aspectos internos del proyecto (los temas y actividades de las sesiones, el funcionamiento del grupo de participantes) y externos (calendario, horarios, espacios, materiales y tecnología...) para obtener aprendizajes y enseñanzas que podrán implantar en futuros proyectos.

En la segunda se reunirá el equipo interdisciplinar del centro. El objetivo de la reunión es analizar los cambios de actitudes y comportamientos, reticencias, obstáculos detectados en los grupos familiares participantes y buscar estrategias para atajarlos. Se analizará cada grupo familiar, persona mayor institucionalizada y persona participante en el proyecto como sistema familiar para ver las interrelaciones que existen.

La tercera reunión será de análisis de los indicadores de evaluación. Esta reunión se realizará entre el director, el supervisor general del servicio y la coordinadora del proyecto. Se recogerán las enseñanzas y las mejoras que han ido surgiendo en las diferentes fases de evaluación.

3.7.3. Agentes de evaluación

En la evaluación es importante recoger la visión de los diferentes agentes que han participado en el proyecto. En este caso las personas que participarán en la evaluación son: las personas asistentes, la persona guía-formadora, profesional del centro, persona mayor institucionalizada, equipo interdisciplinar, coordinadora del centro, supervisor general del centro y el director.

3.7.4. Indicadores de evaluación

El proyecto de capacitación para las familias se evaluará en cuatro aspectos; eficacia, impacto, participación y esfuerzo. En la Tabla 15 se indican los criterios de evaluación, los resultados esperados, el indicador y el instrumento de donde se recogerá dicha información.

Tabla 15. Indicadores de evaluación.

Criterio	Resultado esperado	Indicador	Instrumento	Código
Eficacia	El 80% de las personas participantes en el grupo que han respondido el cuestionario final consideran que conocen el modelo ACP en un grado mucho o bastante .	Grado de conocimiento del modelo.	Cuestionario final. (Ver Anexo B)	EF.B.1
	Las personas participantes en el proyecto que han respondido el cuestionario final han enumerado al menos 5 principios/conceptos asociados al modelo.	Número de principios/conceptos adquiridos por persona.	Cuestionario final. (Ver Anexo B)	EF.B.2
	En cada sesión se incorporarán al menos 2 conceptos nuevos.	Número nuevos conceptos analizados en cada sesión.	Cuestionario semanal. (Ver Anexo A)	ES.A.1
	El 80% de las personas participantes del grupo que responden el cuestionario final consideran que el proyecto ha posibilitado la reflexión sobre diferentes formas de atención y cuidado basada en el modelo de atención centrada en la persona en un grado mucho o bastante .	Grado de reflexión sobre diferentes formas de atención y cuidado.	Cuestionario final. (Ver Anexo B)	EF.B.3
	El 60% de las personas participantes en el grupo que han respondido el cuestionario final consideran que la reflexión ha posibilitado la interiorización de valores del modelo de atención centrado en la persona en un grado mucho o bastante .	El grado de interiorización de valores del modelo.	Cuestionario final. (Ver Anexo B)	EF.B.4
	El 80% de las personas participantes en el grupo que han respondido el cuestionario final expresan satisfacción en un grado mucho o bastante por la participación en el proyecto.	Grado de satisfacción por la participación en el proyecto.	Cuestionario final. (Ver Anexo B)	EF.B.5

Criterio	Resultado esperado	Indicador	Instrumento	Código
Impacto	El 80% de las personas participantes en el proyecto que han realizado la entrevista personal de evaluación posterior consideren que el proyecto está generado en ellas/os mismas/os y dentro del seno familiar cambios de actitud hacia los deseos y preferencia de la persona mayor institucionalizada.	Porcentaje de familias que inician el cambio de actitud.	Entrevista personal	EP.1
	Las personas participantes (y/o persona mayor institucionalizada) en el proyecto ha realizado al menos 2 peticiones por familia para ajustar la atención y cuidados basados en las preferencias de la persona mayor institucionalizada.	Número de peticiones realizadas por cada familia participante para ajustar la atención y cuidados a las preferencias de la persona mayor.	Registro solicitudes	EP.2
	El 50% de las personas mayores institucionalizadas cuyas familias han participado en el proyecto consideran que la familia respeta sus deseos y preferencias ante de atención, cuidado y vida en un grado satisfactorio .	El porcentaje de persona mayor institucionalizada satisfechas con el respeto que muestra su familia ante sus deseos y preferencias.	Entrevista personal	EP.3
	Detectar dificultades para intervenir sobre ellos y reducirlos en un 40% .	Número de dificultades detectadas en los grupos familiares para generar cambio de actitudes.	Reunión interdisciplinar	EP.4
Participación	El grupo de participantes sea de entre 8 y 12 personas .	Número de participantes total en el proyecto.	Registro de asistencia	ES.E.2
	La asistencia media sea 60% .	Porcentaje asistencia por sesión por total de participantes.	Registro de asistencia	ES.E.3
Esfuerzo	El incremento de horas no supere el 20% .	Número de horas previstas para las sesiones por el número de horas reales realizadas.	Cuestionario semanal. (Ver Anexo C)	ES.C.4
	El incremento del presupuesto no supere el 20% .	Gasto presupuestado por gasto real.	Registro de Contabilidad	EP.4

Fuente. Elaboración propia.

4. Conclusiones

A continuación, se recogen las conclusiones principales del proyecto de intervención que se presenta.

Entre los objetivos del trabajo se encuentra la identificación de las causas y consecuencias del envejecimiento y la dependencia, y conocer la envergadura de este fenómeno a nivel nacional e internacional. En ese sentido se ha podido constatar que no existe una definición consensuada de persona mayor. Pueden existir diferentes criterios: la salud, la edad, los ojos de los demás ... No obstante, la OMS marca el criterio de la edad y lo establece a los 60 años (cada país puede ajustarlo sin sobrepasar los 65 años), y los países desarrollados lo establecen a los 65 años. La forma de envejecer y adaptarse a este proceso depende de múltiples dimensiones y factores, no existe una única manera de envejecer.

El fenómeno del envejecimiento está poniendo en peligro la estabilidad de los sistemas nacionales y mundiales. Son las mejoras científicas, técnicas, sociales, económicas entre otros aspectos los que producen estos datos de población mayor. El pronóstico para el futuro, en España, es que hasta el 2050 seguirá subiendo el porcentaje de personas mayores, siendo actualmente uno de los países más envejecidos del mundo. Y aunque se puede envejecer bien (con salud e independencia), no se puede obviar que con la edad aumenta el riesgo de sufrir enfermedades crónicas e incapacitantes que pueden generar la dependencia. Y llegado ese momento la persona necesita la ayuda de una tercera persona (familiar o profesional) para poder realizar las actividades más básicas del día a día.

En cuanto al objetivo de analizar las dificultades y repercusiones del cuidado de una persona dependiente para la persona cuidadora y su entorno familiar a lo largo de este trabajo se ha podido constatar que el sistema de cuidados está en crisis. Antes eran las familias, las mujeres casi exclusivamente, las que asumían los cuidados de mayores, menores, personas enfermas y con discapacidad. Pero, actualmente, las mujeres incorporadas masivamente al mercado de trabajo y con la transformación de las familias (tamaño, estructura, distancia, reconstrucción, ...), realizar esta labor conlleva grandes consecuencias personales, sociales, psicológicas, económicas, laborales y de salud denominada “carga”, tanto para la cuidadora principal como para el sistema familiar que lo sustenta. Por ello, es imprescindible mejorar los servicios,

recursos y prestaciones dirigidos a las familias si se quiere priorizar, tal y como proclaman las políticas sociales, el cuidado de las personas mayores dependientes en el contexto familiar o comunitario.

Otro objetivo del trabajo era definir cómo afecta a la familia el ingreso en el centro residencial de la persona mayor dependiente. Se puede afirmar que hoy por hoy, siguen siendo necesarios los recursos residenciales para mayores. Y cuando llega el momento de institucionalizar a las personas dependientes las familias tienen sentimientos negativos. Esto dificulta la adaptación al contexto residencial y al nuevo rol de cuidador. Rosenthal y Dawson, en 1992, describieron cuatro estadios diferentes de adaptación a la residencia de las familias. Esta descripción facilita la comprensión de las conductas, actitudes y exigencias de las familias hacia la residencia en cada momento. Y ese conocimiento puede ayudar tanto para programar diferentes intervenciones o actuaciones como para obtener y aprovechar los conocimientos y los recursos que las familias tienen para aportar.

Al realizar la revisión documental del modelo de Atención Centrada en la Persona y las claves para el cambio de modelo en los centros residenciales. Se ha podido constatar que, actualmente, el modelo genera gran interés a nivel teórico de conocimiento, de impulso normativo y también en los equipos profesionales de los centros y servicios. Pero el cambio de modelo debe surgir en las propietarias y propietarios de estos servicios, en la filosofía de fondo de la gestión y organización, dejando de lado el análisis los resultados basados exclusivamente en indicadores económicos y de servicio asistencial e incluir otros indicadores para el control de calidad de vida ofrecida a clientes (usuarias, familias) y a profesionales. De esta manera, analizando también la calidad del servicio relacional ofrecido.

A la hora de examinar los programas dirigidos a las familias cuidadoras en el contexto comunitario y residencial. Sea visto que en la Comunidad Autónoma del País Vasco existen varios servicios dirigidos a las personas dependientes. En este documento a la hora de presentar los servicios y prestaciones se han incorporado tanto los dirigidos a las personas dependientes como a las personas cuidadoras, desde el razonamiento de que los servicios que se ofrecen directamente a la persona dependiente facilitan a las familias a su vez su cuidado, ya que disminuyen horas de atención, tareas o esfuerzo físico y psicológico o emocional principalmente. En ese sentido, el abanico de servicios es amplio. Cabe destacar que el único servicio dirigido exclusivamente a las personas cuidadoras (no profesionales) se denomina

“servicio de apoyo a personas cuidadoras” y se ofrece desde la atención primaria, es decir, desde los ayuntamientos. Por tanto, cuando una persona ingresa en un centro residencial de atención secundaria este servicio se deja de prestar a su familia. En atención secundaria (ámbito foral) el apoyo a las familias cuidadoras desaparece por completo de la cartera de prestaciones dejando de lado las nuevas necesidades que tienen las familias en esta etapa del cuidado. Es decir, las familias no tienen ningún servicio dirigido a ellos donde puedan ser atendidas sus necesidades, salvo el acompañamiento que se ofrece desde los centros mediante sus equipos profesionales.

Y en cuanto a definir las actividades del proyecto de intervención para las familias, probablemente se podrían haber abordado otros temas. En este caso, la elección tiene que ver con el interés profesional desarrollado a través de los años de dedicación en el centro. Son las cuestiones o ámbitos de actuación donde se genera más debate y reflexión tanto con las familias como con las personas residentes y dentro del equipo interdisciplinar en el contexto de la residencia San Andrés de Eibar (Gipuzkoa).

5. Limitaciones y Prospectiva

En este apartado se recogen las limitaciones encontradas durante la elaboración de proyecto de intervención y el camino a seguir en el futuro.

La primera limitación encontrada es la falta de estudios y análisis profundos actualizados que abarquen la dependencia y su entorno en el contexto español. Estos trabajos datan principalmente de la época justamente anterior y posterior de la aprobación de la ley de la promoción de la autonomía y atención a la dependencia, aunque sí se van actualizando los datos sobre aspectos específicos del tema.

Por otro lado, como se ha mencionado durante el trabajo los programas dirigidos a las familias desde las carteras de servicios sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco finalizan con la institucionalización de la persona dependiente, dando a entender que las familias no tienen ninguna necesidad que abordar como cuidadores y este nuevo papel no fuera relevante para el bienestar y la satisfacción de la persona atendida en el centro. No se han podido encontrar proyectos de intervención para las familias, más allá de niveles teóricos y descriptivos: grupos de ayuda y autoayuda, participación en los cuidados, conferencias y formaciones educativas, asamblea de familiares su representación en órganos de representación, reuniones periódicas con familias...

Durante muchos años se ha considerado a las familias un estorbo en los centros residenciales principalmente por la tradición paternalista de los centros donde los criterios sanitarios estaban por encima y se organizaban los cuidados y la atención en base a un único criterio, la salud y el proceso terapéutico. Con la idea extendida por parte de las y los profesionales que las familias se dedicaban a vigilar y a fiscalizar el trabajo del personal, e interferían en los cuidados con una actitud crítica y competitiva. No ha habido voluntad de acercamiento, colaboración... durante largos años. Esto puede ser la razón principal por la que desde los propios centros no se hayan diseñado e implantado proyectos reales para el acercamiento de las familias al entorno residencial. Se desconocía o se obviaba el valor y recurso positivo que son las familias para el centro.

El futuro del proyecto de intervención es su implementación en el Centro Residencial San Andrés con el modelo de atención centrada en la persona ya establecido. De los programas implantados se quieren extraer conclusiones que aporten conocimiento y valor al ámbito del estudio de las familias en los centros residenciales. Si los resultados son los esperados, el proyecto de capacitación se podrá implantar en otros centros de la red de centros públicos y concertados en Gipuzkoa.

Al mismo tiempo, en el Centro Residencial San Andrés se debería ampliar el trabajo con las familias mediante el diseño de proyectos que complementen el trabajo ya iniciado. La vida en la residencia consta de diferentes fases que se pueden resumir en ingreso, adaptación, vida en la residencia y la participación, fase final de la vida, el duelo y cierre o despedida. Para fortalecer el acompañamiento y mejorar la interacción entre familia y el equipo de profesionales en dichas fases de la vida, deberían plantearse proyectos *ad-hoc*.

Y paralelamente al trabajo con las familias, se podría capacitar y empoderar a las personas residentes en el modelo de ACP. De esta manera se podrá avanzar en su consolidación y reforzar el modelo. Para generar la transformación deseada sería necesario dotar al centro de más recursos económicos y de ratios profesionales.

6. Referencias bibliográficas

- Alvarado, A. M. y Salazar, A.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 25 (2), 57-62.
<https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Álvarez, P. y Santamarta, N. (2016). *Ética y Final de la vida*. UNIR Material no publicado.
- Ariès, P. (2011). *Historia de la muerte en Occidente. Desde la Edad Media has nuestros días. El Acantilado*.
- Asociación Estatal de directores y gerentes en Servicios Sociales (2022). *XXII Dictamen del Observatorio*. <https://directoressociales.com/wp-content/ccaa2021/INFO%20GLOBAL%20XXI%20DICTAMEN%202022%20Def%20%283%29.pdf>
- Barranco, C. (2004). La intervención en trabajo social desde la calidad integrada. *Alternativas. Cuaderno de Trabajo Social*, (12), 79-102.
- Barranco, C. (2011). Buenas prácticas de calidad y trabajo social. *Alternativas Cuadernos de Trabajo Social*, (18), 57-74. doi.org/10.14198/ALTERN2011.18.03
- Barbier, M., Moreno, S. y Sanz, S. (2011). *Guía de Autocuidado y cuidado para personas cuidadores familiares de personas mayores en situación de dependencia*. <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiaautocuidadoycuidadoserviciosinteguiiaau.pdf>
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. Free Press. doi.org/10.5465/amr.1987.4306754
- Bazo, M. T. (1990). *La sociedad anciana*. Siglo XXI.
- Canet, A. P. (Director). (2006). *Las alas de la vida*. [Película-documental]. Gorgos films.
- Canga, A., Vivar, C. G., Naval, C. (2011). Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34 (3), 463-469. doi.org/10.4321/S1137-66272011000300012

- Conejo, M. J. (2018). Evolución de los programas de intervención con familias cuidadores de personas mayores dependientes. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (61), 181-212.
- Constitución Española. Boletín oficial del Estado, núm. 311, del 28 de diciembre de 1978, 29313-29424. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>
- Crespo, M. y López, J. (2007). *Estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar*. Pirámide.
- Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales. Boletín Oficial de País Vasco, núm. 206, de 29 de octubre de 2015. <https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/2015/10/1504561a.pdf>
- Decreto Foral 7/2015, del 24 de marzo, por el que se regula el régimen de acceso de servicios residenciales y Centros de Día para personas en situación de dependencia en el Territorio Histórico de Gipuzkoa. Boletín Oficial de Gipuzkoa, núm. 59, de 30 de marzo de 2015. <https://egoitza.gipuzkoa.eus/gao-bog/castell/bog/2015/03/30/c1502786.pdf>
- Diputación Foral de Gipuzkoa (s.f.). 2020>2030 Gipuzkoa Agenda. Políticas Sociales de transición. (Plan de Acción 2021-2023). https://www.gipuzkoa.eus/documents/1932270/1932598/20+30+Gipuzkoa+Agenda_es/56c16f3a-3dc7-11d4-2c32-76c338048be2
- Duran, M. A. (2005). Trabajo no remunerado y las familias. *Aequalitas. Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, (17), 47-59.
- Duran, M. A. (2016). El futuro del cuidado. El envejecimiento de la población y sus consecuencias. *Revista de pensamiento contemporáneo*, (50), 114-127. <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/57752/114-127.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Duran, M. A. (2018). Las cuentas del cuidado. *Revista Española de Control Externo*, XX (58), 57-89. <https://www.tcu.es/repositorio/3339e0fe-b966-4381-8504-40dea51d07e3/58DuranLasCuentasdel-cuidado.pdf>

- Esandi, N. y Canga, A. (2016). Atención centrada en la familia: un modelo para abordar los cuidados de la demencia en la comunidad. *Atención Primaria*, 48 (4), 265-269. doi.org/10.1016/j.aprim.2015.11.006
- Fundación Cuidados Dignos. (s.f.). Cómo eliminar las sujeciones. Guía para la eliminación de la sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitarias y domicilios. <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/eliminarsujecionescuidadosdignos.pdf>
- García, J. A. (2014). La Atención Sanitaria Centrada en la Persona (paciente). En Rodríguez, P. y Vilà A. (Coords.). *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona. Teoría y Práctica en ámbitos del Envejecimiento y la Discapacidad* (pp. 253-263). Tecnos.
- García, M., del Rio, M. y Marcos, J. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25 (s), 100-107.
- Goikoetxea, M. J., Zurbanobeaskoetxea, L., Mosquera, A. y Pablos, B. (2015). Código Ético para la atención sociosanitaria a las personas mayores. *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos*, 78. pp. 13-50.
- Gómez, M. (2015) Cuidar al cuidador informal. *Nuberos Científica*, 2 (15), 57-62. http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/Revista_nuberos_cien_6.pdf
- Hernández, M. I. (2015). El concepto de Discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos. *Revista CES Derecho*, 6 (2), 46-49. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v6n2/v6n2a04.pdf>
- Hurley, A. C., Volicer. L. y Blasi Z. V. (2000). End of life care for patients with advanced dementia. *JAMA*. 284 (19), 2449-50
- Instituto Nacional de Estadística INE (2020, septiembre 22). *Proyección de población 2020-2070*. https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf
- Jiménez, C. (2002). Cuidados al final de la vida. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37 (5), 241-243.

- Kabia, Organismo autónomo de la diputación foral de Gipuzkoa (2021, octubre 29). *Desde el 1 de noviembre de 2021 la residencia Santa María Magdalena de Hernani en Kabia*. http://www.kabia.eus/es/actualidad/noticias/-/asset_publisher/IGMRhJJRqKKe/content/2021ko-azaroaren-1etik-aurrera-hernaniko-santa-maria-magdalena-egoitza-kabian
- Labrador, F. J. (2007). Prologo. En Crespo, M. y López J. (aut.), *Estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar* (pp. 13-16). Pirámide.
- León, B. (2013). *Calidad de Vida en personas con demencia institucionalizadas*. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. E- Prints Complutense Repositorio Institucional de la UCM. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/27912/1/T35623.pdf>
- Leturia, F. J., Inza, B. y Hernández, C. (2007). El papel de la familia en el proceso de atención a personas mayores en centros sociosanitarios. *Zerbitzuan: Revista de Servicios Sociales*, (41), 129-144.
- Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Boletín Oficial del País Vasco, núm. 246, del 24 de diciembre de 2008, 31840-31924. <https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2008/12/0807145a.pdf>
- Ley 27/1983, de 25 de noviembre, de Relaciones entre las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma y los Órganos Forales de sus Territorios Históricos. Boletín oficial del País Vasco, núm. 182, de 10 de diciembre de 1983, 4132-4150. <https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/1983/12/8302316a.pdf>
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín oficial del estado, núm. 299, de 15 de diciembre de 2006, 44142-44156. <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>
- Ley Orgánica 3/1979, de 18 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para el País Vasco. Boletín oficial del estado, núm. 306, De 22 de diciembre de 1979. <https://www.boe.es/boe/dias/1979/12/22/pdfs/A29357-29363.pdf>
- Martínez, T. (2010). Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a la situación de fragilidad y dependencia. Medica Panamericana.

- Martínez, T. (2011). La atención gerontológica centrada en la persona. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco. <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiaatenciongerontologiacentradaenla persona.pdf>
- Martínez, T. (2014a). La Atención Personalizada en los Servicios Gerontológicos. En Rodríguez, P. y Vilà A. (Coords.). *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona. Teoría y Práctica en ámbitos del Envejecimiento y la Discapacidad* (pp. 280-293). Tecnos.
- Martínez, T. (2014b). Liderar cambios y procesos de mejora hacia la atención centrada en la persona. En Rodríguez, P. y Vilà A. (Coords.). *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona. Teoría y Práctica en ámbitos del Envejecimiento y la Discapacidad* (pp. 319-331). Tecnos.
- Martínez, T. (2022). *Ruta. Buen trato*. ACP gerontología, Matia Fundazioa y Gobierno Vasco. <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/ruta-de-buen-trato>.
- Martínez, S. (2019). Motivos de los cuidadores para la institucionalización de ancianos. *SANUM Revista Científica Sanitaria*, 3 (32), 32-39. https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v3_n2_a4.pdf
- Misiorski, S. (2004). *Getting Started. A pioneering approach to culture change in longtem Care Organizations*, Pionner Network and Paraprofesional Healthcare Institute.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017). Informe 2016. Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). Libro blanco de la dependencia. <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
- Naciones Unidas (1948, diciembre 10). Declaración Universal de la Derechos Humanos. Paris. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/046/82/PDF/NR004682.pdf?OpenElement>

- Naciones Unidas (1982). *Informe de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Viena, entre 26 de julio y el 6 de agosto.* <https://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/Resources/VIPEE-English.pdf>
- Naciones Unidas (1991). *Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1991- Resolución 46/91.* <https://www.acnur.org/5b6caf814.pdf>
- Naciones Unidas (2002). *Informe de la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002.* <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/397/54/PDF/N0239754.pdf?OpenElement>
- Navarro V. (2016). Perfiles de los cuidadores informales y ámbito de actuación del trabajo social. *Trabajo social hoy*, (77), 63-83. doi 10.12960/TSH.2016.0004.
- Observatorio de Servicios Sociales – Ikusmira. <https://ikusmirak.eus/es/servicios-sociales/ar-3/?s=indicadores>
- Observatorio Social de Gipuzkoa – Behagi. <https://www.behagi.eus/es/indicadores/centros-residenciales/p-40/>
- Organización de los Estados Americanos OEA (2015). Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Versión abreviada.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo. Un marco político. *Revista española de Geriatria y Gerontología*, 37 (S2), 74-105. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-13035694>
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Resumen. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud, Salud y Bienestar Social Canadá y Asociación Canadiense de Salud Pública (1986, noviembre 17-21). *Carta de Otawa para la promoción de la salud*. Una conferencia Internacional sobre la Promoción de la salud. Hacia un nuevo concepto de la salud pública, Ottawa, Canadá. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Padierna, J. A. (1994). ¿Existe un lugar para la familia del anciano en las residencias? *Zerbitzuan: Revista de Servicios sociales*, (25), 40-49.

Plataforma de ONG de Acción Social (s.f.a). *Manual. Formulación de proyectos sociales con marco lógico*. https://www.solucionesong.org/img/foros/4e418bed80d9f/Manual_de_Formulacin_de_Proyectos_Sociales_m.pdf

Plataforma de ONG de Acción Social (s.f.b). *Plan estratégico de tercer sector en acción social. Guía de evaluación de programas y proyectos sociales*. <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiaevaluacionprogramasproyectosociales.pdf>

Pujol, R. y Abellán, A. (2013, noviembre 13). Esperanza de Vida Libre de Discapacidad en los mayores. *Informes Envejecimiento en red*, 5. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-esperanza-libredisca-01.pdf>

Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín oficial del Estado, núm. 42, de 18 de febrero de 2011, 18567-18691.

Riquelme-Marín, A.; Martín-Carbonell, M.; Ortigosa-Quiles, J.M.; Méndez, I. (2020). Development and Exploration of Psychometric Properties of the Family Adjustment Questionnaire for Admitting an Older Adult to a Nursing Home (CAFIAR). *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, (20). <https://doi.org/10.3390/ijerph17207597>

- Rodríguez, P. (2014). La Atención Integral y Centrada en la Persona (AIPC). Bases y principales referentes. En Rodríguez, P. y Vilà A. (Coords.). *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona. Teoría y Práctica en ámbitos del Envejecimiento y la Discapacidad* (pp. 91-112). Tecnos.
- Rogero, J. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Ministerio de trabajo e inmigración, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/12011tiempo_scuidado.pdf
- Rosenthal, C. y Dawson, P. (1992). Families and institutionalized elderly. Caregiving in dementia. En Jones C. M. M. y Miesen B. M. L. (Eds.). *Research and applications*. (pp. 398-418).
- Schalock, R. y Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de Vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Alianza Editorial.
- Universitat de Barcelona (2014). ¿Qué es envejecer? *Revista en línea sobre la salud i bienestar - Senesciència*, (1). <http://www.ub.edu/senesciencia/noticia/que-es-envejecer/>
- Villanueva, A., García-Vivar, C., Canga N. y Canga A., (2015). Efectividad de las intervenciones familiares en centros geriátricos. Una revisión sistemática. *Anales del Sistema Sanitario Navarra*, 38 (1), 93-104. doi.org/10.4321/S1137-66272015000100010
- Villegas, M. (s.f). *Preparación para la muerte*. <https://centroitaca.com/sites/default/files/biblioteca/PREPARACIO%CC%81N%20PARA%20LA%20MUERTE.pdf>
- Zabalegui, A., Juandó, C., Izquierdo, M. D., Gual, P., González-Valentín, A., Gallart, A., Díaz, M., Corrales, E., Cabrera, E., Bover, A., Sáenz de Ormijana, A., Ramírez, A., Pulpón, A., López, L. y Jones, C. (2004). Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 15 (4), 199-208. <https://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/01/15-4-2004-199-rincon.pdf>

Anexo A. Cuestionario semanal. Participantes.

Semana Nº: -----Fecha de la sesión evaluada: -----

1.- ¿Te ha gustado la sesión?

Mucho Bastante Poco Muy poco

2.- ¿Qué conceptos se han analizado en la sesión de hoy? (ES.A.1)

2.- ¿El profesional del centro ha aportado información suficiente del centro y de las herramientas que se utilizan en él?

Mucho Bastante Poco Muy poco

4.- ¿Te ha gustado cómo ha dirigido el grupo y la sesión la persona formadora?

Mucho Bastante Poco Muy poco

Algo que añadir: -----

Anexo B. Cuestionario final. Participantes.

1.- ¿Consideras que conoces el modelo de atención centrada en la persona? (EF.B.1)

Mucho Bastante Poco Muy poco

2.-Enumera lo que has aprendido sobre el modelo de atención centrada en la persona durante estas semanas. (EF.B.2)

-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

3.- ¿Consideras que el proyecto te ha posibilitado reflexionar sobre las diferentes formas de atención y cuidado? (EF.B.3)

Mucho Bastante Poco Muy poco

4.- ¿Consideras que el proyecto te ha posibilitado interiorizar los valores del modelo atención centrada en la persona? (EF.B.4)

Mucho Bastante Poco Muy poco

5.- ¿Cuánto de satisfecho está de haber participado en el proyecto? (EF.B.5)

Mucho Bastante Poco Muy poco

Anexo C. Cuestionario Semanal. Persona guía- formadora.

Semana Nº: -----Fecha de la sesión evaluada: -----

1.- ¿Te ha parecido adecuado el tema de la sesión?

Mucho Bastante Poco Muy poco

2.- ¿Han sido adecuadas las dinámicas planteadas para trabajar el tema?

Mucho Bastante Poco Muy poco

3.- ¿El material didáctico utilizado ha sido adecuado para suscitar análisis y reflexión?

Mucho Bastante Poco Muy poco

4.- ¿El grupo de asistentes ha participado?

Mucho Bastante Poco Muy poco

5.- ¿Crees que la sesión ha servido para generar reflexión?

Mucho Bastante Poco Muy poco

6.- El tiempo estimado ha sido adecuado para llevar a cabo la programación de la sesión?

(ES.C.4)

Si No Hemos necesitado más tiempo

Nos ha sobrado tiempo

¿Cuanto? -----

6.- ¿El profesional del centro ha aportado información y conocimientos del centro y de las herramientas e instrumentos que se utilizan en él?

Mucho Bastante Poco Muy poco

Algo que añadir: -----

Anexo D. Cuestionario Semanal. Profesional del centro.

Semana Nº: -----Fecha de la sesión evaluada: -----

1.- ¿Te ha parecido adecuado el tema de la sesión?

Mucho Bastante Poco Muy poco

2.- ¿Han sido adecuadas las dinámicas planteadas para trabajar el tema?

Mucho Bastante Poco Muy poco

3.- ¿El material didáctico utilizado ha sido adecuado para suscitar reflexión y análisis?

Mucho Bastante Poco Muy poco

4.- ¿El grupo de asistentes ha participado?

Mucho Bastante Poco Muy poco

5.- ¿Crees que la sesión ha servido para generar reflexión?

Mucho Bastante Poco Muy poco

6.- ¿Cómo profesional del centro has podido aportar información y conocimientos del centro y de las herramientas e instrumentos que se utilizan?

Mucho Bastante Poco Muy poco

Algo que añadir: -----

-----.

Anexo E. Registro de participantes y asistencia.

Correspondiente a los códigos de la Tabla de indicadores: ES.E.2 y ES.E.3.

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6
Asistente Nº 1						
Asistente Nº 2						
Asistente Nº 3						
Asistente Nº 4						
Asistente Nº 5						
Asistente Nº 6						
Asistente Nº 7						
Asistente Nº 8						
Asistente Nº 9						
Asistente Nº 10						
Asistente Nº 11						
Asistente Nº 12						

1. Falta con aviso previo. Registrar causa.
2. Falta sin aviso previo y justificación posterior. Registrar justificación.
3. Falta sin aviso ni justificación.