

HACIA NUEVOS MODELOS DE ATENCIÓN EN CENTROS DE LARGA ESTANCIA DE PERSONAS MAYORES, REFLEXIONES POST PANDEMIA

Carlos Dosil Díaz

PhD. Departamento Psicología Evolutiva y de la Educación
Universidad de Santiago de Compostela
carlos.dosil@usc.es

Cesar Bugallo Carrera

PhD. Universidad de Santiago de Compostela. Presidente AFAFES
Asociación de familiares de Alzheimer de Fisterra e Soneira, A Coruña cesar.bugallo@usc.es

Manuel Gandoy Crego

PhD. Profesor Titular. Facultad de Enfermería. Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública,
Enfermería y Medicina
Universidad de Santiago de Compostela

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses y que han participado activamente por partes iguales en la elaboración del manuscrito.

Recepción Artículo: 18 octubre 2022

Admisión Evaluación: 18 octubre 2022

Informe Evaluador 1: 19 octubre 2022

Informe Evaluador 2: 22 octubre 2022

Aprobación Publicación: 28 octubre 2022

RESUMEN

Con la llegada de la pandemia de la Covid-19 los modelos de atención residencial a personas en situación de dependencia, en particular en los centros de larga estancia, han estado en el centro del debate. La población mayor, en general, y en particular, los mayores institucionalizados, fueron los más afectados por la pandemia. Estos hechos derivados de la pandemia, conjuntamente con el cambio en el perfil de los usuarios, hacen necesaria la creación de nuevos modelos que sitúen a la persona mayor en el centro de la atención y asistencia.

Objetivo: Poner de manifiesto las debilidades y fortalezas de los modelos de atención residenciales y, conocer el grado de preparación que disponen para enfrentarse a la implantación de estos nuevos modelos.

Metodología: La metodología es cualitativa a través de recogida de información mediante entrevistas, observación de trabajadores y usuarios de diferentes centros, además de llevar a cabo una revisión bibliográfica.

Resultados: Los resultados se estructuran en 4 dimensiones y 22 categorías en las que se recogen las respuestas de los 30 participantes. **Conclusiones:** Los centros que han sido objeto de estudio tratan de potenciar la autonomía e independencia de los usuarios aun cuando son conscientes de las deficiencias actuales y se esfuerzan por adaptarse a las características de un modelo más centrado en la persona.

Palabras clave: modelos de atención residencial; centros residenciales; calidad en la atención; estereotipos; covid-19

ABSTRACT

Towards new care models in long-term care centers, post-pandemic reflections. With the arrival of the Covid-19 pandemic, residential care models for people in a situation of dependency, particularly in long-term care centers, have been at the center of the debate. The elderly population, in general, and in particular, the institutionalized elderly, were the most affected by the pandemic. These facts derived from the pandemic, together with the change in the profile of users, make it necessary to create new models that place the elderly person at the center of care and assistance. **Objective:** To highlight the weaknesses and strengths of the current residential care models in small, medium and large centers and to know the degree of preparation they have to face the implementation of these new models. **Methodology:** The methodology is qualitative through the collection of information through interviews, observation of workers and users of different centers, as well as carrying out a bibliographic review. **Results:** The results are structured in 4 dimensions and 22 categories in which the responses of the 30 participants are collected. **Conclusions:** The different models of residential care are adapted to the characteristics of each center, taking into account architectural aspects, location, labor resources and user profiles. Assessing which is better or worse requires a very deep reflection, being very difficult to satisfy everyone.

Keywords: long term care models; long care centers; quality of care; stereotypes; covid-19

INTRODUCCIÓN

Desde que empezó la pandemia de la Covid-19 hasta la fecha actual, más de 33.100 personas que vivían en centros residenciales han fallecido (IMSERSO, 2022).

Para Ordovás et al. (2020), las consecuencias provocadas por la Covid-19 en dichos centros, puso en evidencia la necesidad de reflexionar si los centros de atención residencial en España están integrados dentro de un modelo de atención que cubre las necesidades para poder garantizar el bienestar de sus usuarios, además de poner en debate, nuevamente, el valor que le da la sociedad a las personas de edad avanzada.

Existe un cierto consenso en el reconocimiento de que uno de los puntos fundamentales en el cambio del modelo, es tratar al usuario de los centros residenciales como el centro de atención, donde se respete como persona, teniendo preferencias en sus intereses, gustos y con un enfoque lo más cercano posible (Pinazo, 2013).

Si nos remontamos a Carl Rogers a mediados del siglo XX, cuando impulsó la psicología humanista frente al conductismo y el psicoanálisis, encontramos el término "cliente" para evitar el término "paciente", entendido el primero como un ser activo de su vida, que desea un servicio que él mismo no se siente capaz de brindarse, y el segundo, como alguien que padece una enfermedad, requiere ayuda y recurre a profesionales especializados. Los clientes tienen problemas, pero también poseen una capacidad para entender su propia situación.

Martínez (2011), considera que se observa un gran interés en los servicios gerontológicos de nuestro país hacia lo que se ha denominado la Atención Centrada en la Persona (ACP). Se opta por esta denominación como traducción del término Person-Centred Care (PCC).

Desde hace varias décadas, se trata de poner en práctica este plan de atención estratégico reconocido de manera internacional. La Organización Mundial de la Salud (2009), reconoce la estrategia de la atención integral y centrada en la persona como un eje claro para mejorar servicios de salud y de cuidados de larga duración y avanzar hacia servicios fragmentados. La realidad es que son bastantes los centros que se encuentran estancados en un modelo asistencial y paternalista.

En los últimos años, en España, ha habido distintas investigaciones que abordan la implementación de este modelo. Rodríguez (2012), define los modelos AICP (atención integral centrada en la persona) como *"aquellos que se orientan a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su*

participación efectiva· Los principios en los que se fundamenta este modelo figuran: autonomía, participación, integralidad, individualidad e intimidad, integración social, independencia y bienestar y continuidad en los cuidados. De ellos, derivan criterios técnicos que rigen actuaciones profesionales. Una característica fundamental de estos modelos es que estén más orientados a la persona y no tanto a los servicios para evitar un papel pasivo del usuario.

Antecedentes de los modelos de atención residencial en España:

En España, tradicionalmente, se seguía un modelo de atención familiar en el que las personas de edad avanzada convivían en el domicilio con sus allegados, responsabilizándose éstos de sus cuidados (Pavolini et al., 2013).

Con el paso del tiempo, se fue profesionalizando la atención a las personas mayores y se fue cambiando el modelo hacia la convivencia de varios recursos de atención a la dependencia. En este artículo nos centraremos en los que hacen referencia a los centros de larga estancia con un tamaño medio-grande.

En el año 2010 surge en España el Proyecto Etxean Ondo de residencias y centros de día. Con este Proyecto lo que se pretendía era transformar el modelo de atención tradicional, creando unidades de convivencia y desarrollando actividades cotidianas que posibilitaran la puesta en marcha de estilos de atención favorecedores de la autonomía y el bienestar basándose en las necesidades, capacidades y preferencias de los residentes (Díaz y Sancho, 2014).

A nivel internacional, las políticas sociales están orientadas a mejorar el cuidado de la persona de edad avanzada y se destaca el "modelo housing", con una estructura de viviendas donde residen pequeños grupos que permiten a la persona mayor sentirse como en su casa, donde se dispensan cuidados integrales desde un ambiente que "parezca y funcione" como un hogar (Sancho et al., 2014).

Abellán y Pujol (2013) indican que los "modelos housing" se caracterizan por la personalización, las actividades cotidianas con función terapéutica, la involucración familiar y la flexibilidad. El diseño cuenta con un ambiente hogareño, decoración personal y equilibrio entre la intimidad y lugares comunes.

El tipo de alojamiento más extendido en el norte de Europa y América del Norte son las unidades de convivencia, éstas apuestan por un modo de vida parecido al hogar, un abordaje terapéutico desde la realización de actividades cotidianas y significativas, atención personalizada desde los derechos y deseos de la persona, apoyo individual, dispensación de servicios sociales y sanitarios, atención profesional 24 horas y otorgan un papel central a la familia. La evidencia científica y los deseos de la población mayor la convierten en una alternativa a las clásicas residencias (Rodríguez y Marbán, 2020).

En España se está produciendo un crecimiento muy acelerado en la creación del número de plazas residenciales siendo necesario que el mismo sea ordenado y que se oriente hacia aspectos cualitativos y no cuantitativos, haciendo especial énfasis en promover la calidad de vida y ubicando en el centro de la atención, al usuario.

En esta investigación, procederemos a realizar varias entrevistas con profesionales del sector que trabajan en centros de larga estancia de personas mayores con el objetivo de que valoren la situación actual y si éstos se encuentran preparados para los cambios que se aproximan con la entrada en vigor de la ley que está próxima a aprobarse.

MÉTODO

Los procedimientos utilizados con los entrevistados han sido realizados tras la obtención de un consentimiento informado, que cumple los criterios definidos en la LOPD 3/2018 y que conocían la capacidad de ejercer los derechos ARCO.

Los procedimientos seguidos son conformes con las normas éticas del comité de ética y la Declaración de Helsinki de 1975.

DISEÑO

Se plantea una investigación cualitativa a través de recogida de datos mediante un cuestionario informal, realizando 30 entrevistas semiestructuradas individuales en cinco centros de larga estancia de personas mayores de la Comunidad Autónoma de Galicia. Se utiliza la observación participante para favorecer una buena interacción y comunicación entre el investigador y los investigados en el ambiente de estos. Se elaboró un guion, donde se recogen notas de campo que se contrastan con las entrevistas semiestructuradas y, posteriormente, se realiza una triangulación de la observación participante, las entrevistas y la revisión bibliográfica.

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica para conocer cambios sociodemográficos, conceptos, deseos de las personas mayores, modelo residencial español, modelo de atención integral centrado en la persona y comparativa con el centrado en los servicios, tendencias internacionales en alojamientos para personas mayores e información para conocer las bases para una propuesta de nuevo centro residencial.

PARTICIPANTES

Se seleccionaron 5 centros de larga estancia de personas mayores que forman parte de AGASEDE (Asociación Gallega de Atención al sector de la dependencia de la Comunidad Gallega). Los centros son diferentes en ubicación, con tamaño medio-grande y grande, y con antigüedad similar: Centro 1, 69 plazas, 45 profesionales. Centro 2, 90 plazas, 55 profesionales. Centro 3, 178 plazas, 90 profesionales, Centro 4, 80 plazas, 52 profesionales. Centro 5, 180 plazas, 95 profesionales.

Los criterios de inclusión fueron: ser profesional directivo o técnico de cada uno de los centros objeto de estudio, siendo 30 participantes de los cinco centros.

PROCEDIMIENTO

Se contactó con las direcciones de cada centro y se informó de los objetivos del estudio. Los participantes firmaron el consentimiento informado para la recogida de los datos. Las entrevistas fueron realizadas directamente por un psicólogo con amplia experiencia en gestión de centros. La duración media de cada entrevista fue de 60 minutos. Por tema de espacio únicamente figuran algunas de las respuestas de los encuestados.

ANÁLISIS

El proceso de categorización fue realizado y consensuado tomando como principio los pilares sobre los que se quiere establecer el nuevo modelo de atención residencial.

RESULTADOS

A continuación, se detallan las 4 dimensiones y 22 categorías donde posteriormente cada entrevistado responde en forma individual a cada una de ellas. Por razones de espacio, hemos seleccionado aleatoriamente una parte de los sujetos.

Tabla 1. Dimensión 1 y 2 y categorías del nuevo modelo de atención residencial

Dimensión	Categorías
D1. Humanización y formación continuada	C1: Trato con dignidad, C2: Personas profesionales de referencia, C3: Atención libre de sujeciones, C4: Familias y personas allegadas, C5: Planificación o voluntades anticipada, C6: Salidas residente, C7: Consejos asesores y C8: Plan de formación continuada para trabajadores.
D2. Potencial tecnológico	C9: Inteligencia artificial, C10: Mecanismo de seguimiento, implantación de programas de gestión y C11: Cuadro de mandos para acceder a información.

Nota. Fuente: Adaptado de Dimensiones y Categorías del nuevo modelo de atención residencial. Xunta de Galicia. 2022.

Tabla 2. Dimensión 3 y 4 y categorías del nuevo modelo de atención residencial

Dimensión	Categorías
D3. Coordinación socio-sanitaria	C12: Servicio de distribución de medicación, C13: Unidades de cuidados intermedios, C14: Plan de contingencia y C15: Creación de vías rápidas para acceder a las urgencias.
D4. Reformas estructurales	C16: Tamaño de los centros, C17: Instalaciones, ubicación y equipamiento y personal cualificado, C18: Dirección de los centros residenciales, C19: Régimen especial de zonas rurales e insulares, C20: Ratios, C21: Espacio y C22: Creación de unidades de convivencia.

Nota. Fuente: Adaptado de Dimensiones y categorías del nuevo modelo de atención residencial. Xunta de Galicia. 2022.

D1: HUMANIZACIÓN Y FORMACIÓN CONTINUADA

C1. Trato con dignidad

P. ¿En el centro en el que trabajas, los usuarios reciben un trato digno?

E1. A "unos sí y a otros no. Depende como sea el residente. A veces, por el perfil de los usuarios hace que las auxiliares no dediquen el tiempo adecuado"

E4. "Considero que, en líneas generales, se trata bien a los usuarios; en ocasiones, por falta de tiempo y por la situación particular de cada usuario, se hace difícil conseguir al cien por cien un trato digno, para ello tendría que haber una atención más personal"

E7. "Si intentamos esto, pero a veces es muy difícil por cuestiones de tiempo y los problemas conductuales de los usuarios; por ejemplo, hay gente que es incontinente y debido a su deterioro lleva a cabo conductas que puede interferir con el bienestar de otras personas, cada vez están más deteriorados los usuarios"

C2. Personas profesionales de referencia

P. ¿En el centro en el que trabajas, los usuarios tienen personas de referencia?

E2. *"Desconozco esto. Pero creo que no. Sería interesante y facilitaría mucho las cosas"*

E5. *"No, no tenemos"*

E8. *"No tenemos personas de referencia"*

C3. Libre de sujeciones

P. ¿En el centro en el que trabajas, los usuarios tienen atención libre de sujeciones?

E1. *"No. En líneas generales solo se les pauta a quien estrictamente lo necesita. No podrían andar sin sujeciones."*

E4. *"No. Lo considero un riesgo para su salud, una persona que presenta deterioro y no tiene cinturón puede tener consecuencias muy graves. Bien es cierto que a veces están más nerviosos con las medidas de sujeción."*

E9. *"Intentamos que tengan el menor número de pautas de sujeción."*

C4. Papel de las familias y personas allegadas

P. ¿En el centro en el que trabajas, ¿cuál es el papel de las familias y personas allegadas?

E1. *"El papel actual de las familias es de apoyo, principalmente, aunque un número elevado no tiene visitas ni relación. Es positivo para los usuarios, aunque para el centro puede ser más complicado y puede interferir en la organización del mismo."*

E5. *"Apenas hay visitas."*

E8. *"Las familias están muy involucradas en el día a día del centro."*

C5. Planificación o voluntades anticipadas

P. ¿En el centro que trabajas se tiene en cuenta la planificación o voluntades anticipadas?

E2. *"A día de hoy, si no hay justificación documental no. Verbalmente, a las personas que son válidas se res-peta, pero lo que importa es que esté escrito ante notario."*

E5. *"No se tiene mucho en cuenta esto."*

E8. *"Sí se trata de que se tenga en cuenta sus voluntades, aunque, legalmente, si no está justificado docu-mentalmente, no es válido."*

C6. Salidas de los residentes

¿Cómo se gestionan las salidas de los residentes?

E2. *"Aquellas personas que son válidas y están capacitadas para salir lo hacen y las otras no pueden salir a no ser con un familiar."*

E6. *"Sólo las personas válidas, pero lo hacen, principalmente, por los jardines internos nada más."*

E8. *"Los validos salen con frecuencia y las familias vienen a sacarlos con frecuencia."*

C7. Consejo Asesor

¿El centro tiene un consejo asesor?

E3. *"No". Tenemos Comité de Familias*

E5. *"No."*

E9. *"No."*

C8. Plan de formación continuada para los trabajadores

¿Presenta el centro un plan de formación continuada para los trabajadores?

E3. *"No, realiza formaciones aisladas no tiene un plan."*

E5. *"No"*

E9. *"Sí presenta un plan más o menos organizado."*

D2: POTENCIAL TECNOLÓGICO

C9. Inteligencia artificial,

¿El centro dispone de inteligencia artificial?

E1. "A día de hoy no. Únicamente se dispone de software de gestión de personal."

E10. "No, únicamente programas informáticos."

E7. No

C10. Mecanismo de seguimiento y Programas de gestión y C11. Cuadro de mandos para acceder a información

¿La residencia dispone de mecanismos de seguimiento, programas de gestión y cuadro de mandos para acceder a información?

E2. "Sí. Dispone de software que facilitan la organización del trabajo y el seguimiento de los usuarios."

E5. "Sí, estamos implantando en estos momentos programas de gestión de usuarios y trabajadores."

E9. "Sí, disponemos desde hace varios años esta herramienta que nos facilita el trabajo y permite llevar un control exhaustivo de la salud de los usuarios."

D3: COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA

C12. Distribución de medicación, C13. Unidades de cuidados intermedios, C14. Plan de contingencia y C15. Vías rápidas para acceder a las Urgencias

P. ¿El centro cuenta con servicio de distribución de medicación, unidades de cuidados intermedios, Plan de contingencia y creación de vías rápidas para acceder a las Urgencias?

E3. "En estos momentos sí. Hay un Convenio con el Sistema de Salud que permite la derivación rápida a urgencias y un sistema de distribución de medicación pero que es deficiente y no estamos muy contentos con el puesto que la medicación llega muy escasa, incompleta y hay problemas en la dispensación. Sí disponemos de Planes de contingencias y sí disponemos dentro de la residencia de una unidad de cuidados intermedios."

E6. "Sí, nos distribuyen la medicación, pero muy justa, disponemos de unas unidades intermedias dentro de las residencias, planes de contingencia y disponemos de un convenio con el servicio público de salud."

E8. "Sí, tenemos una adecuada distribución de la medicación, tenemos un par de camas para cuidados intermedios, convenios con el servicio de salud y planes de contingencia."

D4: REFORMAS ESTRUCTURALES

C16. Dimensión correcta, C17. Instalaciones, ubicación, equipamiento y personal cualificado

P. ¿Consideras que el centro en el que trabajas tiene una dimensión correcta, con unas instalaciones adecuadas, ubicación y con un equipamiento adecuado y personal cualificado?

E1. "Sí es un centro grande, pero está bien. Quizás tendría que ser un poco más pequeño."

E4. "Un poco grande para que los usuarios tengan una atención mejor."

E8. "Bien, es buen tamaño. Permite que exista un trato muy personal."

E2. "Sí, es adecuado en general. Los pasillos son demasiado largos y las habitaciones deberían ser la mayoría individuales. El centro cuenta con un equipamiento que considero que es demasiado hospitalario y a veces impersonal. En líneas generales, el personal está cualificado, aunque a veces cuesta mucho encontrar personas con acreditación". La ubicación es idónea, un lugar muy tranquilo.

E5. "Considero que las instalaciones deberían ser menos hospitalarias, pensadas un poco más en el usuario. El equipamiento en la misma línea debería ser más personal no tan hospitalario. El personal sí está cualificado. En cuanto a la ubicación, no debería estar tan cerca de la carretera."

E9. "Las instalaciones tiene bastantes años, pero se conservan bien. El centro, a pesar de estar en un lugar de difícil acceso, goza de unas vistas fantásticas que le dan una categoría superior. Tratamos de tener un mobi-

liario lo más personal posible. El personal está cualificado, aunque nos encontramos con serios problemas para contratar a enfermeras en estos momentos.

C18. La dirección del centro

P. ¿La dirección del centro tiene la formación adecuada?

E2. "Sí."

E6. "Sí."

E8. "Sí."

C19. Zonas rurales

P. ¿Consideras que las zonas rurales deben de tener un trato diferente respecto a las urbanas?

E3. "Considero que las residencias en zonas rurales deberían de recibir más apoyo, pero considero que hacen una labor muy importante en su entorno. Los usuarios están muy contentos en el entorno rural. Tienen zonas ajardinadas, permite salir a los residentes con tranquilidad, espacios abiertos, libres de tráfico, sin contaminación etc."

E6. "No, deberían de tener el mismo trato. Los residentes están muy contentos en el entorno rural."

E8. "Para nada, no estoy de acuerdo con que tengan que ser exclusivas las residencias en zonas urbanas. En el rural también están muy contentos."

C20. Las ratios

P. ¿Las ratios son las adecuadas?

E15. "Sí, igual podría haber algún trabajador más. Pero hay que ver las cosas en su conjunto."

E22. "Podría haber alguna persona más para que el trato fuese más personal, pero no nos podemos quejar"

E30. "Sí, siempre hace falta alguna persona más, pero somos conscientes de la situación actual y hay que tener un equilibrio."

C21. Espacios

P. ¿Los espacios que tiene el centro son adecuados?

E22. "Sí, es grande, pero está bien distribuido. Presenta grandes zonas ajardinadas."

E21. "Echo en falta más espacios en la residencia. Podría haber espacios más amplios"

E16. "Sí están bien, nos adaptamos a los espacios del centro bien."

C22. Unidades de convivencia

¿El centro tiene unidades de convivencia?

E28. "Sí, tiene varias unidades, espacios más tranquilos donde están usuarios en pequeños grupos, donde reciben una atención más personal. Están muy bien. Están muy demandadas."

E24. "No, por espacios no podemos tener estas unidades. Creo que estarían mejor, pero necesitaríamos a más trabajadores."

E26. "Sí, disponemos de unidades de convivencia, están encantados y lo usan mucho. Aparte que se sienten más autónomos en dichas unidades."

DISCUSIÓN

Después de haber analizado las respuestas de los profesionales de los cinco centros podemos afirmar que, en líneas generales, existe un consenso en que las medidas que se proponen en la nueva ley para la creación de un nuevo modelo de atención residencial están encaminadas a mejorar la atención de las personas mayores institucionalizadas, si bien es cierto que hay determinadas categorías en las que los entrevistados manifiestan que no se encuentran preparados, en estos momentos, para el cambio.

En general, los centros que han participado en este estudio cumplen las expectativas de mejora, enfatizando los modelos centrados en la persona, y en los que se evidencia un compromiso por parte de la dirección de los mismos, con participación de las familias, para contribuir a la percepción de un contexto más de hogar. Una muestra de ello es la organización de pequeños grupos de usuarios, en unidades de convivencia que, en modo alguno, pueden sustituir a la necesaria reestructuración de los centros en la consecución de tales objetivos.

Los entrevistados manifiestan que el trato que se ofrece a los usuarios es positivo, si bien por razones de tiempo, en ocasiones, no llevan a cabo la atención idónea. Con la aplicación de los nuevos modelos de atención residencial, la atención centrada en la persona va a ser una realidad, por este motivo la figura de referencia es crucial en este proceso de implantación, (Sancho y Díaz, 2014). A pesar de que el modelo de Atención Centrada en la Persona lleva ya instaurado varias décadas en España, es desigual el conocimiento que se tiene del mismo. Gran parte de los entrevistados no son conocedores de esta figura, pero les resulta de vital importancia, cara al desarrollo del modelo.

En cuanto a la prescripción de las medidas de sujeción, es un tema de continuo debate en los centros residenciales. Hay evidencias de que aquellos usuarios en los que no se fijan medidas de sujeción presentan menos alteraciones de conducta en comparación con aquellos que las tienen pautadas, (Tortosa et al., 2015). La visión de los entrevistados respecto a este tema, no es unánime. Se entiende la necesidad de pautar medidas de sujeción para evitar riesgos en los usuarios, pero a la vez, entienden que el centro debe cambiar su planteamiento. En los centros, por norma general, se pauta una medida de sujeción no farmacológica para evitar posibles caídas, manifestando que, en ocasiones, se hace por comodidad para el trabajador.

En relación al contacto social, estudios como el de Pereiro et al., (2021) nos indica que favorece el bienestar de las personas mayores; por ello, es fundamental que los usuarios de los centros residenciales mantengan un contacto estrecho con sus familias y personas allegadas siendo partícipes de su día a día. La visión de los entrevistados es positiva en este sentido, si bien son cautelosos en lo que impliquen dichas acciones. Los entrevistados manifiestan que, en ocasiones, puede interferir con el trabajo de los profesionales, un exceso de implicación familiar. Por norma general, los cinco centros coinciden en prestar especial importancia a la familia y amistades, contribuyendo al mantenimiento de vínculos sociales.

Uno de los principios de la atención centrada en la persona es respetar los derechos y las voluntades de los usuarios; en este sentido, el testamento vital, el respeto de las voluntades anticipadas (Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipada) es un eje central para garantizar la libertad en la toma de decisiones de los usuarios. Los entrevistados manifiestan su acuerdo y respeto por este aspecto, pero consideran que, actualmente, no se está llevando a cabo correctamente.

En cuanto a la posibilidad de salir los residentes de los centros, los entrevistados comparten este planteamiento. Deben garantizarse centros residenciales abiertos donde las entradas y salidas de los residentes sean libres, pero de forma controlada. Para Rodríguez (2011) el hecho de que los usuarios de los centros se encuentren en un entorno en el que tengan acceso a diferentes servicios, favorecerá las salidas de los mismos.

Un organismo dentro de los centros que ayuda a que la organización sea lo más democrática posible es la figura de un consejo asesor. Esta figura está formada por profesionales, usuarios y familias, y con carácter permanente que ayuda a tomar decisiones a la Dirección del centro, otorgando una visión más amplia. Los entrevistados desconocen esta figura.

El desarrollo de un Plan de Formación Continua en los centros residenciales es una necesidad para la organización. Los profesionales del centro deben de estar en continua actualización de conocimientos para enfrentarse a los desafíos que se generan en el día a día. Los entrevistados evidencian carencias en este sentido y manifiestan que se desarrollan, habitualmente, acciones concretas, pero sin una planificación.

En cuanto a las implantaciones de las nuevas tecnologías, están presentes en todas las esferas de la sociedad, y los centros residenciales, en particular, no son una excepción. Si bien a nivel internacional ya existen numerosas evidencias en este sentido, en España están apareciendo las primeras experiencias (Porceli y

Martínez, 2021). Los entrevistados describen que no existe inteligencia artificial en sus centros pero que verían con buenos ojos la implementación controlada de estos sistemas.

En la gran mayoría de centros residenciales existen diferentes programas de gestión y cuadros de mandos para una mejor organización del personal. Estos mecanismos permiten una distribución correcta de sus profesionales para garantizar una adecuada atención y ejecutar de forma rápida cualquier tipo de registro. En este sentido, los entrevistados comparten que sí disponen de estos sistemas en sus centros.

En cuanto a la coordinación socio-sanitaria es fundamental en los centros de larga estancia. Según la fuente del IMSERSO (2020), en muchos casos, en los centros residenciales, existen usuarios que se encuentran en una situación de dependencia y con unos índices de fragilidad elevados lo que hace que la comunicación entre organismos sociales y sanitarios sea imprescindible.

Otro punto importante en el nuevo modelo es la formación de las personas que ocupan puestos de responsabilidad en los centros. Hace años, para poder optar a la dirección de un centro, no se requería formación específica; actualmente, es recomendable que las directoras y directores de los centros cuenten con titulación universitaria de grado o equivalente y haber realizado formación especializada. En este sentido, los entrevistados consideran que poseer una formación superior para la dirección del centro es muy importante puesto que les da una mayor competencia para poder desarrollar, adecuadamente, su puesto.

La zona geográfica donde se ubica el centro es un aspecto relevante y que condiciona su funcionamiento. Actualmente, según el INE, el número de centros residenciales que existe en España y, en particular, en la Comunidad Autónoma de Galicia, en zonas rurales, es elevado.

Si bien es cierto que es más frecuente que los grandes centros residenciales se encuentren en zonas urbanas, los que se encuentran en zonas rurales, ofrecen y enriquecen la economía local, además de estar dotados de amplias zonas ajardinadas. Las personas entrevistadas manifiestan que los centros en zonas rurales cubren, perfectamente, las necesidades de atención a los usuarios, valorando de forma positiva, la implantación del modelo en las mismas.

En cuanto a las ratios de atención directa y siguiendo la (Orden, 2021/05 del Anteproyecto de Ley reguladora del modelo de atención residencial para cuidados de larga duración en Castilla y León), están destinadas a garantizar una adecuada atención a los usuarios. Esta ratio de atención directa está organizada por categorías y se establece en 1 trabajador para 5 usuarios válidos y 1 trabajador para cada 3 usuarios dependientes. Los entrevistados defienden que, posiblemente, las ratios podrían ser mayores; sin embargo, son conscientes de la dificultad que entraña para los centros este aumento que estaría ligado a una subida en los costes laborales.

Es importante identificar y diferenciar con claridad los espacios de convivencia de las personas residentes de las zonas de paso u otras zonas comunes. Es de vital importancia que los usuarios gocen de espacios donde preserven su intimidad (Orden de 18 de abril de 1996 donde se regulan las condiciones y requisitos específicos que deben cumplir los centros de atención a personas mayores) y que gocen de espacios de convivencia en el centro que deben ser configurados como módulos o unidades de convivencia estables, compartidas con otras personas del centro, debiéndose diferenciar de otros módulos o unidades de convivencia del mismo, (Orden 2021/05, del Anteproyecto de Ley reguladora del modelo de atención residencial para cuidados de larga duración en Castilla y León).

Los entrevistados manifiestan que es muy importante que el centro tenga espacios amplios y bien distribuidos que garanticen una sensación de amplitud. A la vez, también consideran importante, que existan espacios pequeños para garantizar su intimidad.

Los centros participantes, pese a tener unas dimensiones considerablemente grandes, apuestan por un diseño que potencia la autonomía y seguridad; en el que se respete la intimidad, se fomenten las relaciones sociales y se facilite la labor profesional. Un aspecto importante a destacar es que los centros participantes disponen de luz natural que, como es sabido, es beneficiosa para el ritmo circadiano y la actividad. Salvo uno de los centros, disponen de un acondicionamiento para la accesibilidad lo que hace que se fomenten las relaciones sociales y se eviten caídas.

Dosil (2011), indica que es recomendable que las dimensiones del centro permitan la movilidad con sillas de ruedas, con equipamiento similar a un hogar, decorado al gusto de los residentes, con intimidad, interacción social y desarrollo de actividades cotidianas, habitaciones exteriores que favorezcan la entrada de luz natural, personalizando con objetos propios y creando continuidad con la vida anterior. Las habitaciones deben de estar equipadas con camas articuladas, elementos de alarma y baño geriátrico. En cuanto a la ubicación es importante que esté bien comunicado y de fácil acceso a entornos naturales. Una buena ubicación sería próxima a un colegio infantil, lo que favorecería las relaciones intergeneracionales, pudiendo compartir espacios como el patio (Bermejo, 2014).

Los grandes centros residenciales, en general, debido a su estructura y perfil de los usuarios están organizados en grandes espacios donde conviven un gran número de personas. Sarabia (2009), defiende que existe evidencia empírica donde se demuestra los beneficios que ofrece estar en espacios más pequeños en usuarios que presentan deterioro cognitivo moderado-grave. La mayor parte de centros residenciales en España, a excepción de alguna comunidad, no tiene una legislación para este apartado.

Los entrevistados manifiestan que en 2 de los centros existen varias unidades de convivencia y describen que están formadas por 15-20 personas y observan grandes beneficios, en concreto, con los usuarios que presentan un deterioro cognitivo moderado-grave.

Díaz y Sancho (2012), indican que a pesar de intentar hacer un esfuerzo en el desarrollo de una metodología de ACP, los centros tienen serias dificultades en dejar atrás modelos centrados en los servicios.

CONCLUSIONES

Los centros que han sido objeto de estudio se centran en potenciar la autonomía e independencia de los usuarios, intentando respetar su dignidad a pesar de que en ocasiones y, por determinadas circunstancias, es difícil favorecer su bienestar y su seguridad, y permitiendo a la persona continuar con su plan de vida para la consecución de su desarrollo integral. Una muestra de ello, es la facilitación de las salidas del centro a los usuarios y la participación familiar.

Las instalaciones, a pesar del tamaño de los centros, están adaptadas para garantizar una adecuada movilidad y atención. Asimismo, disponen de zonas ajardinadas.

En el ámbito de la gestión, se han incorporado sistemas de software y se está planificando la incorporación de sistemas de inteligencia artificial.

Las actividades que se desarrollan están dirigidas a la persona para satisfacer sus intereses. En dos de los centros, se dispone de unidades convivenciales, con el fin de mejorar la atención a los residentes.

Un aspecto que no se ha estudiado en este trabajo y puede ser interesante para futuras investigaciones es el del coste económico que supone a los centros la implantación de dicho modelo.

En resumen, el estudio que se ha desarrollado puede ayudar a la planificación de políticas sociales para adecuar los recursos disponibles a la realidad demográfica del contexto y, asimismo, puede ser útil para diseñar centros de nueva creación y para la adaptación de los existentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de derechos sociales y agenda 2030. IMSERSO. *Información general sobre el coronavirus COVID-19*. Madrid. Gobierno de España. 2020. [Actualizado el 20 de junio de 2022]. Disponible en: URL. Disponible en https://www.imsero.es/imsero_01/mas_informacion/covid19/serv_soc/inf_cr/index.htm.
2. Ordovás, J. M., Esteban, M., García-Retamero, R., González López Valcárcel, B., Gordaliza, A., Inzitari, M., Jordano, P., Lecuona, I. d., Lechuga, L. M., & López de Mántaras, R. (2020). Informe del GTM sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias.
3. Pinazo, S. Sociedad y Utopía. Infantilización en los cuidados a las personas mayores en el contexto residencial. *Revista de Ciencias Sociales*, n.º 41. Junio. 2013. Valencia. ISSN:2254-724X. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4417757>.

4. Rodríguez, T. M. (2013). La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *Sociedad Y Utopía. Revista De Ciencias Sociales*, 41, 209-231.
5. La Organización Mundial de la Salud (2019). *Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus>.
6. Montero, M. (2013). Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia: El caso alemán. *Innovaciones En Residencias Para Personas En Situación de Dependencia. Diseño Arquitectónico y Modelo de Atención*, 73-86.
7. Da Roit, B. (2013). Long-term care reforms in the netherlands. *Reforms in long-term care policies in europe* (pp. 97-115). Springer.
8. Miralles Rojano, Á., & Rey Reñones, C. (2015). Evolución del modelo de atención residencial, una propuesta de centro de mayores. *Gerokomos*, 26(4), 132-136.
9. García-Soler, Á., Etxaniz, N., Azurmendi, M., Zapiain, A., & Sancho, M. (2019). Etxean bizi. estar en casa bien: Integración de servicios para envejecer en casa. *International Journal of Integrated Care*, 19(4)
10. García, A. A., & Rodríguez, R. P. (2013). En red.
11. Le Bihan, B., & Martin, C. (2020). No title. *Contribution to the 2021 SPC-COM Report on Long-Term Care for Older People in the EU France*.
12. San Miguel Osaba, E. (2012). *Gestión de la calidad y marketing en los centros residenciales para personas mayores*.
13. Tortosa, M. Á., Granell, R., Fuenmayor, A., & Martínez, M. (2016). Efectos de un programa de eliminación de sujeciones físicas sobre personas mayores con demencia en residencias. *Revista Española De Geriatría Y Gerontología*, 51(1), 5-10.
14. Pereiro, A. X., Dosil-Díaz, C., Mouriz-Corbelle, R., Pereira-Rodríguez, S., Nieto-Vieites, A., Pinazo-Hernandis, S., Pinazo-Clapés, C., & Facal, D. (2021). Impact of the COVID-19 lockdown on a long-term care facility: The role of social contact. *Brain Sciences*, 11(8), 986.
15. Sevillano Sánchez, P. (2015). Documento de voluntades anticipadas o instrucciones previas: Análisis comparativo de la legislación autonómica española.
16. Gutiérrez Martínez, V. (2017). Atención centrada en la persona: Una nueva tendencia en la provisión de cuidados.
17. Porcellí, A. M., & Martínez, A. N. (2021). Collaborative intelligent robotic applications for the benefit of global health and in reducing the effects of the pandemic and post-pandemic COVID 19. *Lex*, , 151.
18. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2020). *Informe del grupo de trabajo COVID-19*. <https://www.imserso.es/>.
19. Orden de 18 de abril de 1996 por la que se desarrolla el Decreto 243/1995, de 28 de julio, en lo relativo a la regulación de las condiciones y requisitos específicos que deben cumplir los centros de atención a personas mayores. Xunta de Galicia.
20. Orden (2021/05). Anteproyecto de Ley reguladora del modelo de atención residencial para cuidados de larga duración en Castilla y León. Junta de Castilla y León.
21. Dosil C. Mejora de la Calidad Percibida en Centros Residenciales. NINO-Centro de Impresión Digital. Santiago de Compostela. 2011. ISBN978-84-938774-5-3.
22. Bermejo, L. (2014). Estudio sobre la creación de una unidad de calidad de vida. *Catalogo de publicaciones de la Administracion General del Estado* <http://publicacionesoficiales.boe.es>. Colección estudios. Serie Dependencia
23. Sarabia Cobo, C. M. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida: Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*, 20(4), 172-174.
24. Cimpean, A. (2014). Proposta d'un centre de dia per a atendre persones amb demències, segons el model d'atenció integral centrat en la persona. TFG. <http://hdl.handle.net/10256/10639>