

Terapia ocupacional en geriatría

PROYECTO EDITORIAL
TERAPIA OCUPACIONAL

Serie
MANUALES

Coordinador:
Pedro Moruno Miralles



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Terapia ocupacional en geriatría

María del Carmen Rodríguez Martínez
Abel Toledano González
Uxía Bermúdez Bayón



Consulte nuestra página web: **www.sintesis.com**
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© María del Carmen Rodríguez Martínez
Abel Toledano González
Uxía Bermúdez Bayón

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
www.sintesis.com

ISBN: 978-84-9171-385-2
Depósito Legal: M. 20.941-2019

Impreso en España - Printed in Spain

Índice

<i>Prólogo</i>	11
----------------------	----

Parte I

Aspectos conceptuales de terapia ocupacional en geriatría y gerontología

1. Fundamentos de la terapia ocupacional en geriatría y gerontología	15
1.1. Conceptos fundamentales en geriatría y gerontología.....	15
1.2. Proceso y teorías del envejecimiento.....	17
1.3. Teorías biológicas, psicológicas y sociales del envejecimiento..	18
1.4. Teorías del envejecimiento activo.....	20
1.5. Cambios a lo largo del proceso de envejecimiento.....	22
1.6. Aspectos psicosociales del envejecimiento.....	27
2. Atención gerontológica centrada en la persona	29
2.1. Definición y principios rectores.....	29
2.2. Modelos para la práctica de la terapia ocupacional.....	31
2.3. Aportaciones frente a otros enfoques.....	34
2.4. Aplicación metodológica.....	35
2.4.1. Estrategias metodológicas.....	36
2.4.2. Contenidos y pautas para una buena praxis.....	37

2.5. Diversidad cultural y adultos mayores.....	39
2.6. Envejecimiento activo: promoción de la salud, autodeterminación, participación social y prevención de la discapacidad o dependencia.....	41
2.6.1. Accesibilidad.....	42
2.7. Ética en geriatría y gerontología	45

Parte II

Servicios y encuadres de la práctica de terapia ocupacional

3. Definición y características de la red asistencial a las personas mayores	49
3.1. Características generales de la atención en geriatría y gerontología.....	49
3.1.1. Atención primaria.....	50
3.1.2. Unidades de hospitalización	53
3.1.3. Residencias de mayores, centros de día y servicios de estancias diurnas	57
3.2. Recursos o servicios de carácter social.....	60
3.2.1. Programas de acompañamiento a mayores.....	60
3.2.2. Centros de participación activa para personas mayores.....	60
3.3. Recursos o servicios comunitarios y otros.....	61
3.3.1. Intervención comunitaria, otros programas y recursos	61
3.3.2. Asociaciones de familiares	62
3.3.3. Hogar del jubilado.....	63
4. El terapeuta ocupacional en el domicilio	65
4.1. Intervención domiciliaria.....	65
4.2. Definición y equipo transdisciplinar.....	66
4.3. Objetivos.....	68
4.4. El terapeuta ocupacional en el proceso de valoración de la dependencia de las personas mayores	69
4.5. El rol del terapeuta ocupacional en el domicilio	72
5. Actividades de la vida diaria.....	75
5.1. Definición.....	75
5.2. Principales alteraciones en el desempeño ocupacional de las ABVD	77

Índice

5.2.1. Bañarse y ducharse.....	77
5.2.2. Cuidado del intestino y la vejiga.....	78
5.2.3. Vestirse.....	79
5.2.4. Comer.....	80
5.2.5. Alimentación.....	81
5.2.6. Movilidad funcional.....	81
5.2.7. Cuidado de los dispositivos de atención personal.....	82
5.2.8. Higiene y arreglo personal.....	82
5.2.9. Actividad sexual.....	83
5.2.10. Aseo e higiene en el inodoro.....	83
5.2.11. Descanso y sueño.....	84
5.3. Principales alteraciones en el desempeño ocupacional AIVD.....	84
5.3.1. Cuidar a otros.....	84
5.3.2. Cuidar a niños.....	84
5.3.3. Cuidar de animales domésticos.....	85
5.3.4. Uso de herramientas de comunicación.....	85
5.3.5. Manejo del dinero.....	85
5.3.6. Cuidado de la salud mediante hábitos saludables y de supervisión.....	85
5.3.7. Cuidado y reparación del hogar.....	86
5.3.8. Preparación de la comida.....	86
5.3.9. Participación en actividades espirituales o religiosas.....	86
5.3.10. Seguridad y mantenimiento del hogar.....	87
5.3.11. Realización de la compra.....	87
5.4. Principales patologías que impiden o dificultan la realización de las AVD.....	87
5.4.1. Restricción en las movilidades básicas.....	88
5.4.2. Capacidades cognitivas.....	94
5.4.3. Movilidad en la comunidad.....	97
5.5. Caso clínico.....	104
6. Trabajo, participación social, ocio y tiempo libre.....	111
6.1. Definición.....	111
6.2. Principales alteraciones en el desempeño ocupacional.....	112
6.2.1. Trabajo.....	112
6.2.2. Participación social.....	120
6.2.3. Ocio y tiempo libre.....	124

Parte III

Ámbitos de intervención de terapia ocupacional en geriatría

7. <i>Terapia ocupacional en problemas físicos y de movilidad</i>	131
7.1. Introducción	131
7.2. Principales patologías: características generales e impacto funcional	134
7.2.1. <i>Artrosis</i>	134
7.2.2. <i>Artritis</i>	138
7.2.3. <i>Úlceras por presión</i>	142
7.2.4. <i>Hemiplejia</i>	143
7.3. Evaluación ocupacional.....	146
7.4. Planificación del tratamiento e intervención	149
7.5. Caso clínico	151
8. <i>Terapia ocupacional en enfermedades neurodegenerativas</i>	157
8.1. Introducción	157
8.2. Principales patologías: características generales e impacto funcional	158
8.2.1. <i>Parkinson</i>	158
8.2.2. <i>Ataxia</i>	158
8.2.3. <i>Demencia tipo Alzheimer</i>	160
8.2.4. <i>Otras demencias</i>	161
8.3. Evaluación ocupacional.....	162
8.4. Planificación del tratamiento e intervención	164
8.4.1. <i>Terapias no farmacológicas</i>	164
8.5. Casos clínicos.....	166
8.5.1. <i>Caso clínico I</i>	166
8.5.2. <i>Caso clínico II</i>	168
9. <i>Terapia ocupacional en personas mayores con problemas de visión y audición</i>	171
9.1. Introducción	171
9.1.1. <i>Ceguera, discapacidad o déficit visual</i>	172
9.1.2. <i>Sordera, hipoacusia o discapacidad auditiva</i>	172

Índice

9.1.3. Comorbilidad.....	174
9.2. Principales alteraciones de la visión y audición: características generales e impacto funcional.....	174
9.2.1. Alteraciones de la visión.....	174
9.2.2. Alteraciones de la audición.....	177
9.2.3. Impacto funcional de las alteraciones visuales y auditivas propias de la vejez.....	179
9.3. Evaluación ocupacional.....	181
9.4. Planificación del tratamiento e intervención.....	182
9.5. Casos clínicos.....	185
9.5.1. Caso clínico I.....	185
9.5.2. Caso clínico II.....	187
10. Terapia ocupacional en salud mental.....	189
10.1. Introducción.....	189
10.2. Principales patologías: características generales e impacto funcional.....	189
10.2.1. Esquizofrenia.....	189
10.2.2. Trastorno bipolar.....	191
10.2.3. Depresión.....	191
10.2.4. Trastorno de ansiedad.....	193
10.2.5. Demencia.....	193
10.3. Evaluación ocupacional.....	194
10.4. Escalas de valoración.....	195
10.5. Planificación de la intervención de terapia ocupacional.....	199
10.6. Casos clínicos.....	201
10.6.1. Caso clínico I: esquizofrenia.....	201
10.6.2. Caso clínico II: trastorno bipolar.....	202
10.6.3. Caso clínico III: depresión.....	204
10.6.4. Caso clínico IV: demencia.....	205
Parte IV	
Otras intervenciones	
11. El uso de la terapia asistida con animales en terapia ocupacional ..	209
11.1. Introducción.....	209
11.2. Evolución histórica.....	211

11.3.	Entornos y aplicación de la terapia asistida con animales	212
11.4.	Evaluación y planificación	213
	11.4.1. <i>Evaluación de la eficacia de la terapia asistida con animales</i>	213
	11.4.2. <i>Planificación de la terapia asistida con animales</i>	215
	11.4.3. <i>La selección de un animal para terapia</i>	216
11.5.	Análisis, adaptación y selección de actividades con animales ..	217
11.6.	Implementación de la intervención.....	217
11.7.	Efectos terapéuticos y tipos de terapia asistida con animales en población geriátrica	218
11.8.	Actividades en terapia asistida con animales.....	222
12.	<i>Nuevas tecnologías desde la terapia ocupacional</i>	225
12.1.	Introducción	225
12.2.	La realidad virtual.....	227
12.3.	Dispositivos tecnológicos	228
	12.3.1. <i>Otros dispositivos tecnológicos</i>	229
12.4.	Actividades con aplicaciones, dispositivos tecnológicos y herramientas sociales.....	230
	12.4.1. <i>Actividades con el ordenador</i>	231
	12.4.2. <i>Aplicaciones y actividades con un smartphone</i>	233
12.5.	Otras herramientas y software.....	237
13.	<i>La conducción en terapia ocupacional</i>	241
13.1.	Introducción	241
13.2.	Consideraciones para el desempeño de la conducción	242
13.3.	La conducción como actividad instrumental en terapia ocupacional	244
13.4.	Herramientas para la evaluación de la capacidad para conducir	249
13.5.	Propuesta de intervención desde la terapia ocupacional	251
	13.5.1. <i>Herramientas tecnológicas para la conducción</i>	252
	<i>Bibliografía</i>	257

2

Atención gerontológica centrada en la persona

Este capítulo pretende recoger los preceptos y funcionamiento de la atención gerontológica centrada en la persona (AGCP), como enfoque general que dota de calidad asistencial, junto con la perspectiva concreta que aportan los distintos modelos para la práctica de la terapia ocupacional. Se reflejará la relación existente entre ambas filosofías de trabajo dejando patente lo apropiado de integrarlas en la atención a las personas mayores. Del mismo modo, se tratarán temas transversales en la intervención con personas de cualquier edad y ámbito, pero enfocado a la atención gerontológica, como son la diversidad cultural, la accesibilidad y la ética profesional de los terapeutas ocupacionales.

Al parecer, la dignidad de la vida humana no estaba prevista en el plan de globalización.

ERNESTO SÁBATO

2.1. Definición y principios rectores

El origen de la atención centrada en la persona (ACP) proviene de la psicología humanista y de la *Terapia centrada en el cliente* (Rogers, 1961), donde se resalta la importancia de las actitudes y cualidades del terapeuta para obtener buenos resultados en la intervención. Estas son: la empatía, la autenticidad y la aceptación positiva de la persona en la búsqueda de ayuda, para que sea el propio cliente quien explore los medios, confiando radicalmente en él y rechazando al mismo tiempo el papel directivo del terapeuta. Se presenta así una visión más humana del profesional y su modo de relacionarse con el usuario, creando un enfoque que se extenderá e influirá a otros modelos y ámbitos.

Existe una gran variedad de términos empleados para hacer referencia a la ACP en el ámbito sanitario como son: atención centrada en el paciente, medicina centrada en el paciente, prácticas centradas en el paciente o cuidados centrados en el paciente (De Silva, 2014). Términos que se utilizan actualmente para denominar el modo de comprender la relación asistencial y los cuidados que brinda. Asimismo, el término de *ACP* no se emplea solo desde una única acepción o significado (Morgan y Yoder, 2012), sino que se pueden diferenciar al menos tres tipos de usos de la ACP:

- Enfoque.
- Modelos que lo conceptualizan.
- Metodologías de intervención acordes.

Todo ello que aumenta la complejidad de conseguir una acepción específica.

En el ámbito de la atención a las personas mayores, se puede encontrar una definición para el término *atención gerontológica centrada en la persona*, que sería, según lo propuesto por Martínez (2013), “un enfoque de la atención donde la persona, desde su autodeterminación con relación a su calidad de vida, es el eje central de las intervenciones profesionales”.

Los puntos de convergencia de todas las definiciones de ACP en el campo de la salud, el de los cuidados personales o la intervención psicosocial, radican en el alejamiento con respecto a modelos paternalistas, evitando que sea el profesional quien, dando por supuesto que su consideración de lo que es beneficioso para el otro será la mejor elección, tome decisiones en función de la información de la que dispone, sin tener en consideración la opinión de las personas implicadas. De este modo la ACP otorga un papel central y de peso a las personas usuarias que serán quienes tomen sus propias decisiones en relación con su proceso asistencial (Martínez, 2015), tal y como lo hace la disciplina de la terapia ocupacional, cuya intervención se articula en torno a las ocupaciones significativas e intereses concretos de cada persona.

Los principios rectores de la atención gerontológica centrada en la persona que definen lo esencial del modelo de atención son (Dow *et al.*, 2006; Tinney *et al.*, 2007; Dow *et al.*, 2013):

- El paciente como persona.
- Compartir poder y responsabilidad.
- Accesibilidad y flexibilidad.
- Coordinación e integración de los cuidados.
- Ambiente (físico y organización) centrado en la persona.

En el desarrollo de la terapia ocupacional, la conexión entre el paciente o usuario y el terapeuta es un factor clave en la determinación de cómo se va a realizar el

abordaje del tratamiento y por consecuencia, de los objetivos marcados en común, haciendo partícipe al usuario en la toma de decisiones. Teniendo en cuenta que cada intervención debe estar basada en un marco o modelo de referencia, ligado a la organización de la información y a los parámetros que se van a usar durante el proceso asistencial. Se procederá a explicar los mismos.

2.2. Modelos para la práctica de la terapia ocupacional

En la práctica de la terapia ocupacional, existen diferentes modelos que tratan de explicar su aplicación desde distintas perspectivas, cubriendo así las necesidades cotidianas de la población mayor.

Su función principal es conectar la teoría y la práctica para organizar el conocimiento y su aplicación en situaciones reales. Cada modelo trata de guiar la actuación e investigación a través de parámetros de los componentes que posee, es decir una base conceptual sólida. Dichos modelos van acompañados de la investigación que prueba esos argumentos y la intervención terapéutica para llegar a ser considerados como modelo utilizable por la disciplina de la terapia ocupacional.

Los principales modelos son los siguientes:

A) Modelo de las habilidades adaptativas de Mosey (Mosey, 1996; Romero y Moruno, 2003)

Mosey defiende que cada persona tiene derecho a una existencia significativa, incluyendo la productividad, entorno seguro, placer, etc. Gracias al contexto que lo acompaña formado por su familia, su cultura, la comunidad, la persona es capaz de llegar a su potencial a través de la interacción con el entorno ya sea humano o no, centrándose el terapeuta ocupacional en la promoción de la independencia, a través de estrategias para potenciar la participación entre los usuarios, llevando a cabo papeles sociales y desarrollando los componentes de ejecución necesarios.

Mosey establece seis destrezas adaptativas:

1. Perceptivo-motora (ser capaz de recibir, seleccionar, combinar y coordinar la información vestibular, propioceptiva y táctil para su uso funcional).
2. Cognitiva (percibir, representar y organizar la información sensorial que se recibe para resolver los problemas).
3. Interacción en pareja (capacidad de interactuar con otra persona).
4. Interacción en grupo (capacidad de interactuar con un grupo de personas).
5. Autenticidad (capacidad de percepción como persona autónoma, holística y aceptable en el tiempo).
6. Identidad sexual (percepción y participación en la actividad sexual).

Se hace uso de las actividades para proporcionar situaciones en las que el usuario aprenda nuevas destrezas e identifique aquellos patrones de conducta que no sean adecuados, como, por ejemplo, trastornos de conducta.

*B) Conducta ocupacional: perspectiva de Reilly
(Polonio-López, Durante-Molina y Noya-Arnaiz, 2001)*

Reilly basa este modelo en la promoción de la satisfacción vital a través del trabajo, destacando cuatro ítems fundamentales:

- La necesidad de alcanzar y mantener un grado de competencia.
- El desarrollo a través de aspectos del juego y del trabajo.
- El uso del papel ocupacional de la naturaleza.
- La relación entre la salud y la adaptación humana.

El objetivo es desarrollar y favorecer el crecimiento apropiado gracias a la ayuda del contexto ambiental para lograr un equilibrio entre actividad y realización diaria, es decir, la búsqueda de una armonía saludable entre el descanso, trabajo y juego u ocio. Reilly defiende el uso del juego como instrumento a través del cual, los pacientes con algún tipo de disfunción, pueden aprender a adaptarse a su entorno.

*C) Modelo de ocupación humana (MOHO) de Kielhofner
(Kielhofner, 1980; Aragonés-Fernández y Martínez-Sánchez, 2017)*

El MOHO trata de identificar aspectos que se encuentran interrelacionados y que consideran al ser humano como un sistema abierto y dinámico, analiza los estímulos que le llegan desde el entorno (social, físico y cultural) y elabora una respuesta a partir de dicha información para organizar su conducta ocupacional.

Se establecen cuatro subsistemas internos de la persona que son:

1. *Volición*: patrón de pensamientos y sentimientos sobre el propio ser como actor en el mundo.
2. *Habitación*: la organización de los hábitos, roles, tareas y actividades, que permiten una mayor adaptación a la hora de identificar una situación, energía y comportamiento adecuado a las expectativas.
3. *Ambiente*: el ambiente ejerce un impacto sobre la ocupación dinámica, permitiendo al usuario construir su identidad.
4. *Capacidad de desempeño*: capacidad para desempeñar actividades condicionadas por el estado de los componentes físicos, mental y de la experiencia subjetiva correspondiente.

*D) Modelo canadiense de desempeño ocupacional
(Craik, 2009; Salgado Rodríguez, I. H., 2016)*

Es un modelo conceptual que describe la terapia ocupacional basándose en la relación dinámica que existe entre las personas, el ambiente y la ocupación en sí. La relación entre estas variables da lugar al desempeño ocupacional que muestra el usuario en la realización de su día a día, tomando como referencia la práctica centrada en la persona, capacitando a la persona a través de la ocupación que puede ser a nivel individual, grupal, empresas, etc.

El terapeuta ocupacional deberá involucrar al usuario en la toma de decisiones, haciendo uso de varios elementos integradores como los siguientes:

- *La persona*: como ser complejo que engloba el cuerpo, la mente y el espíritu.
- *La ocupación*: como grupo de actividades y tareas que se desarrollan en el día a día del usuario, organizadas según el valor que le da este y la influencia cultural.
- *El entorno*: como contexto social, cultural, laboral y físico, interactúa con la persona mientras se realiza la ejecución de alguna actividad y ejerce en esta un impacto directo sobre el desempeño ocupacional.

E) Modelo rehabilitador (Téllez y Zaplana, 2015)

El proceso rehabilitador necesita de un conocimiento amplio sobre circunstancias médicas, sociales y ambientales del usuario que influyen sobre las necesidades del individuo, estableciendo así metas del tratamiento mediante enfoques de neurodesarrollo, biomecánicos, cognitivos, interactivos y centrados en el cliente.

Este modelo es característico por emplearse tanto en enfermedades como en traumatismos físicos o enfermedades psiquiátricas. El enfoque principal es la restauración de las funciones sensitivo-motoras, independencia en las AVD y destrezas del trabajo.

Las principales metas de la rehabilitación son:

- Posibilitar al individuo alcanzar la independencia en las áreas de autocuidado, trabajo y ocio.
- Restaurar la capacidad funcional del individuo al nivel pre-mórbido o lo más parecido posible.
- Maximizar y mantener el potencial de las destrezas conservadas.
- Compensar la incapacidad residual mediante el uso de productos de apoyo, órtesis o adaptaciones del entorno.

F) *Modelo de discapacidad cognitiva de Allen*
(Allen, 1985; Serrano Cascán, 2014)

Se basa en la teoría de la discapacidad cognitiva en la que el usuario refleja un déficit en el procesamiento de la información, imposibilitando la realización de forma autónoma de las actividades de la vida diaria de manera normalizada y segura.

Allen defiende que la discapacidad está causada por una situación médica que imposibilita el funcionamiento correcto del cerebro. Impide el procesamiento de la información para aprender algo nuevo, por lo que no permite la adaptación a una nueva situación. La teoría de la discapacidad cognitiva está relacionada con el aprendizaje, de ahí el problema del procesamiento. Por tanto, busca identificar las capacidades conservadas para potenciar su adaptación e independencia personal.

La intervención posibilita el apoyo y la estimulación con el fin de maximizar las capacidades funcionales, disminuir la confusión y posibilitar la experiencia del sentido de competencia pese a que exista un deterioro.

2.3. Aportaciones frente a otros enfoques

La AGCP ofrece una visión diferente a los enfoques más clásicos. Aporta una mirada que profundiza en la individualidad de cada usuario y que resulta indispensable a la hora de tener en cuenta la gestión personal de la vida cotidiana y la autonomía personal. Los planes de intervención se desarrollan teniendo en cuenta aspectos para elaborar el plan de atención individualizado. En contraposición con los modelos tradicionales, la AGCP se centra más en la persona que en el servicio en sí.

Los modelos tradicionales centran su atención en el servicio y en los déficits que presenta la persona interviniendo a un micronivel. Esto genera que los profesionales tomen las decisiones de forma individual sin tener en cuenta la opinión de los usuarios. Se distancia a las personas haciendo énfasis en sus diferencias. Se organizan sus vidas en torno a programas que se supone cubren sus necesidades sin interesarse por sus preocupaciones e intereses, solo centrándose en cubrir las plazas del servicio.

La AGCP en cambio, se centra en las capacidades y habilidades de la persona, su intervención es a nivel macro teniendo en cuenta todo el plan de vida de la persona. El profesional consensúa las decisiones con los usuarios, amigos, familia y demás profesionales teniendo en cuenta a la persona dentro de su comunidad y entorno. Teniendo claro esto se esboza un estilo de vida deseable para cada individuo, independientemente de las experiencias deseadas y centrándose en la calidad de vida. Para lograrlo se emplea un lenguaje familiar, claro y comprensible para todas las personas implicadas (Sevilla *et al.*, 2009).

El contraste entre ambos es que la AGCP, a diferencia de los modelos tradicionales, reconoce el papel central de las personas usuarias de los recursos en su propia atención, así como su autodeterminación y empoderamiento en cada faceta de su vida.

Abogar por modelos centrados en la persona no implica renunciar al conocimiento científico contrastado, así como programas y estrategias válidas, puesto que la AGCP permite una visión más holística de la persona que permitirá a largo plazo el alcance de una mayor autonomía, aunque esto no implica que ciertos recursos empleados hasta el momento dejen de ser válidos.

2.4. Aplicación metodológica

La AGCP presenta una metodología facilitadora de modo que sea la propia persona quien realice la planificación de los objetivos que quiere alcanzar para mejorar su vida. Los profesionales que trabajen con este tratamiento harán lo posible por lograr que la persona se implique en su plan de atención o intervención. Realizarán una planificación centrada en la persona. La metodología de este enfoque se basa en el respeto a asuntos relevantes para trasladar el modelo a los distintos centros y servicios. Estos son:

- La atención personalizada desde la promoción a la autonomía y la independencia.
- Lo privado, lo íntimo y la confidencialidad.
- Lo propio y lo significativo.
- Las familias.
- La organización y los profesionales.

Para ello, se ha creado el programa “Avanzar en AGCP”, que consiste en un conjunto de instrumentos de apoyo desarrollados alrededor de la aplicación de modelos afines al enfoque de AGCP. Esto denota su flexibilidad lo que permitirá incluir nuevas metodologías y recursos de interés para su desarrollo.

En el ámbito internacional existen diferentes modelos y aplicaciones de la AGCP, puesto que varios países se han propuesto mejorar la asistencia a las personas mayores que necesiten cuidados de larga duración. De este modo, los gobiernos de países nórdicos, el Reino Unido, Australia, Francia o los EE. UU. han puesto en marcha iniciativas gubernamentales para avanzar en la calidad de sus servicios. Esto pone en evidencia la carencia de investigación al respecto en España y la necesidad de promoverla. Todas las alternativas encontradas en residencias institucionales se podrían enmarcar dentro del modelo *Housing*, que apuesta por la idea de vivir “fuera de casa, pero como en casa” (Díaz-Veiga y Sancho, 2012).

Se trata de un conjunto de apoyos y recursos que permitan a las personas mayores continuar viviendo en su domicilio independientemente del grado de dependencia. Este modelo trabaja directa o indirectamente por la asistencia a personas mayores en su entorno y por la promoción de la actividad significativa al igual que lo hace el terapeuta ocupacional, considerando esta última como su fin máximo, así como también la tiene en cuenta la AGCP, tal y como lo recogerá más adelante su decálogo.

2.4.1. Estrategias metodológicas

Dentro de las estrategias metodológicas para la implementación de la AGCP, se encuentran las fases de implementación del nuevo método junto con los instrumentos de evaluación como herramientas facilitadoras para liderar el cambio (Martínez, 2013).

Las fases previamente pautadas son:

- *Prepararse para comenzar*: hay que tener en cuenta la existencia de consenso a la hora de implementar la AGCP y el compromiso de participación por parte de todos los agentes implicados (profesionales, usuarios, familias).
- *Construir un liderazgo compartido*: teniendo en cuenta los valores, la misión y la visión organizativa de futuro.
- *Conocer la situación de partida*: a través de una evaluación inicial y una revisión participativa.
- *Crear una ruta propia de mejora*: con el diseño de un plan inicial de mejora.
- *Seguir siempre avanzando*: realizando evaluaciones de seguimiento, identificando, valorando los logros alcanzados y dando continuidad al proceso desde un clima de creatividad y progreso continuo.

Por otro lado, están los instrumentos de evaluación, los principales son:

- a) *The person-centered care assessment tool (P-CAT)* (Edvardsson *et al.*, 2010). Cuenta con 13 ítems que recogen la opinión de los profesionales encargados de la atención directa en una escala Likert de cinco categorías.
- b) *The staff assessment person-directed care (PDC)* (White *et al.*, 2008). Se trata de un cuestionario que en su versión original constaba de 50 ítems que se encargan de evaluar dos dimensiones: atención dirigida por la persona (autonomía, perspectiva de la persona, conocimiento de la persona, bienestar en los cuidados y relaciones sociales) y la segunda dimensión, Apoyo del entorno (ambiente personalizado, profesionales de atención directa y organización).
- c) *The individualized care (IC)* (Chappell *et al.*, 2007). Está compuesto de 46 ítems que evalúan la atención en el ámbito de personas con demencia a través de escalas Likert. Integra tres componentes: conocimiento de la persona, autonomía y comunicación.
- d) *The staff person-centered practices in assisted living (Staff PC-PAL)* (Zimmerman *et al.*, 2014). Cuestionario integrado por 62 ítems agrupados en cinco áreas relacionadas con la ACP. Prácticas asistenciales (23 ítems);

relación social (23 ítems); servicios y atención individualizada (8 ítems); Clima (8 ítems) y relación cuidadores-residentes (7 ítems).

- e) *The eden warmth surveys- employee questionnaire* (Bergman-Evans B., Eden Alternative, 2004). Se trata de un cuestionario que está compuesto por 43 ítems que se emplean para conocer la opinión y satisfacción de los residentes con el centro a través de una escala Likert de cinco grados.

Es necesario reflejar la importancia de las evaluaciones cualitativas realizadas a través de entrevistas individuales o grupos de discusión con el objetivo de conocer la opinión de los profesionales sobre la AGCP.

2.4.2. *Contenidos y pautas para una buena praxis*

Teresa Martínez Rodríguez elabora en 2013 un decálogo en el que se recogen las pautas fundamentales a tener en cuenta para una buena praxis en atención gerontológica. Estos se encuentran recogidos en la tabla expuesta a continuación.

CUADRO 2.1. *Decálogo de la atención centrada en la persona (Martínez, 2013)*

1. *Todas las personas tienen dignidad.* Con independencia de la edad, las enfermedades, el estado cognitivo o el grado de discapacidad o dependencia, las personas mayores son poseedoras de dignidad. Por lo tanto, deben ser tratadas con igual consideración y respeto que las demás.
2. *Cada persona es única.* Ninguna persona mayor es igual a otra. Cada persona tiene su propio proyecto vital. Por tanto, la atención personalizada es imprescindible.
3. *La biografía es la razón esencial de la singularidad.* La biografía es lo que convierte en única a cada persona mayor. Por tanto, es un referente básico del plan de atención.
4. *Las personas tienen derecho a controlar su propia vida.* La persona mayor se considera como un agente activo y protagonista de su proceso de atención. Por tanto, se respeta la autonomía de las personas y se buscan oportunidades y apoyos para que estas tengan control sobre su entorno y su vida cotidiana.
5. *Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía.* La autonomía no se entiende como una capacidad única y fija. Por tanto, no se renuncia a trabajar desde la autonomía con las personas gravemente afectadas, identificando oportunidades y apoyos que permitan su ejercicio. La autonomía se entiende como un derecho que, cuando la persona no es competente para tomar decisiones, es ejercido de modo indirecto a través de los otros, quienes deciden, teniendo en cuenta los valores y preferencias de quien es representado.

[.../...]

CONT. CUADRO 2.1.

6. *Todas las personas tienen fortalezas y capacidades.* Las personas mayores, aun teniendo altos niveles de dependencia, también tienen fortalezas y capacidades. Por lo tanto, la mirada profesional no se fija solo en los déficits y limitaciones, sino que busca una relación que reconozca las fortalezas y capacidades de cada persona y el fortalecimiento de estas.
 7. *El ambiente físico influye en el comportamiento y bienestar subjetivo.* Especialmente en las personas en situación de dependencia, el ambiente físico tiene gran importancia en su bienestar subjetivo. Por tanto, es preciso lograr entornos accesibles, confortables, seguros y significativos.
 8. *La actividad cotidiana tiene una gran importancia.* Lo cotidiano, lo que sucede en el día a día, las actividades que realizan las personas mayores influye de forma determinante en su bienestar físico y subjetivo. Por ello se procuran actividades plenas de sentido que además de servir de estímulo y terapia resulten agradables y hagan sentir bien a las personas.
 9. *Las personas son interdependientes.* El ser humano se desarrolla y vive en sociedad; necesita a los demás y a la vez influye en ellos. Por tanto, los otros los profesionales, la familia, los amigos o los voluntarios, que son esenciales en el desarrollo del proyecto vital de las personas y tienen un papel clave en el ejercicio de la autodeterminación y en el logro del bienestar.
 10. *Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios.* En las personas mayores interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Requieren de apoyos diversos y ajustados a las diferentes situaciones. Por tanto, es preciso ofrecer atención desde intervenciones integrales, coordinadas y flexibles.
-

Martínez (2013) aclara que no se trata de un método a seguir de un modo idéntico en todos los casos, ni que ofrezca herramientas cuya aplicación sea excluyente de otras, pero sí presenta un primer instrumento denominado “Avanzar en AGCP, Instrumento para la revisión participativa”. Este invita a la reflexión grupal y constructiva de los profesionales de los centros gerontológicos, ya sean residencias o centros de día, acerca de sus intervenciones cotidianas de forma que identifiquen y valoren las prácticas acordes con el enfoque AGCP. Al mismo tiempo, les permitirá identificar los aspectos a mejorar. El instrumento cuenta con un grupo de descriptores de buena praxis en relación con la AGCP que permiten valorar la cercanía o distancia de las intervenciones de los profesionales en comparación con las propuestas de este enfoque identificando así tanto fortalezas a mantener como puntos a mejorar.

Al tratarse de un cambio de cultura organizativa conllevará ciertas resistencias que se deben identificar y abordar (Collins, 2009), aun haciendo buen uso del instrumento y descriptores para garantizar la buena praxis. Los riesgos para el desarrollo del enfoque y modelos identificados por Martínez en “La atención centrada en la persona. El enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores” son:

- Simplificar lo que es y suponer estos modelos de atención.
- Pensar que lo que el modelo propone ya se está haciendo sin comprobarlo a fondo.
- Creer que la AGCP es una atención desprofesionalizada que no requiere cualificación, y justificar que ser amable es suficiente.
- Caer en la inhibición profesional cuando las personas participan poco o delegan sus decisiones en los demás sin manifestar sus intereses.
- Llevar a cabo propuestas de cambio no planificadas.
- Realizar una inadecuada gestión del cambio.

Teniendo en cuenta lo anterior, se trata de un cambio que implica ciertas dificultades de las que los profesionales han de ser conscientes para no caer en errores que pongan en riesgo su desarrollo. Para ello se contará con la visión holística y razonamiento crítico de un equipo completo que velará por la adecuación del trato en los centros a la AGCP.

En el documento de presentación de los cuadernos prácticos para la implementación de la AGCP, se recoge lo enriquecedor de contar con un equipo multidisciplinar que abarque desde cuidadores a técnicos como: médicos/as, enfermeras/os, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, pedagogos/as, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, educadoras/es, animadoras/es, etc. Es el equipo técnico quien cuenta con las cualificaciones necesarias para desempeñar valoraciones especializadas, diagnosticar y pautar tratamientos o intervenciones (Martínez *et al.*, 2015). De hecho, en los propios cuadernos prácticos para implementar el modelo de AGCP en las residencias se puede observar la íntima relación entre esta metodología y la terapia ocupacional, puesto que abarcan ocupaciones de la vida cotidiana, como realizar actividades, las relaciones con los demás o los cuidados personales, donde su objetivo es proporcionar cuidados personales de calidad mientras se potencia la autonomía en el día a día, la calidad de vida y el bienestar subjetivo de la persona (Martínez *et al.*, 2015). Se trata de un objetivo transversal compartido con la disciplina de la terapia ocupacional, que denota su idoneidad para ejecutar la AGCP durante sus intervenciones. Para ello han de tenerse en cuenta todos los aspectos que rodean a las personas que atienden para darles un trato personalizado y equitativo sin hacer diferencias de ningún tipo.

2.5. Diversidad cultural y adultos mayores

Hasta hace pocos años la sociedad era más homogénea, integrada por habitantes de características, circunstancias, hábitos, costumbres y creencias similares, pero esta realidad ha cambiado en consecuencia al efecto ocasionado por la globalización, un proceso que comienza a acuñarse entre finales de los sesenta y principios de los setenta dada la interdependencia económica y política del momento. Se trata de un

proceso que cambia la naturaleza de las interacciones humanas en varios ámbitos difuminando las fronteras nacionales y las que dividen a los diferentes sectores sociales: educación, salud, económicos (industria, servicios), disciplinas académicas y creencias religiosas y culturales (Held y McGrew, 2000).

Este proceso ha propiciado la formación de sociedades más heterogéneas. Dejando a un lado la controversia que surge entre el supuesto teórico de la libre circulación de los seres humanos por las fronteras de cada país y la situación real que vivimos de facilidades o dificultades de paso en función del lugar de origen y el lugar de destino, lo cierto es que se han producido un gran número de movimientos migratorios ya sean de carácter individual o grupal. Independientemente de los motivos que producen estos desplazamientos el hecho es que las sociedades, en mayor o menor medida, se han diversificado, han disminuido la fuerza de su idiosincrasia y han acogido nuevas realidades correspondientes a las de las personas que se instalan su zona geográfica y comparten espacio con ellos (Morillas y Ridley, 2001). Los datos más actuales del Instituto Nacional de Estadística Español (INE) en el año 2007 revelaban que en España conviven 925 058 personas inmigrantes de entre 60 y más de 85 años, que han decidido vivir en este país por razones como mejorar o cambiar su empleo, el clima, un coste de vida más bajo, la falta de empleo, aumentar la calidad de vida, reagruparse familiarmente, razones educativas, políticas, religiosas o después de su jubilación.

Conseguir un lenguaje común que facilite una convivencia pacífica es posible, pero para ello será necesario realizar un esfuerzo y evitar los prejuicios ante costumbres que no se comprenden o que pueden ser propias de un único sector de la sociedad no representativo de esta, evitando así realizar generalizaciones y caer en el pluralismo moral que no tiene por qué coincidir con el pluralismo cultural.

Todo esto no quiere decir que lo apropiado sea trabajar por el universalismo pues, además de conseguir puntos de encuentro entre las culturas, también es necesario preservar su singularidad y sus costumbres partiendo del conocimiento de la propia cultura para poder entender las que son ajenas desde una posición empática y comprensiva hacia ellas, siempre y cuando estas respeten los derechos humanos, la dignidad humana y la paz. Por lo que quizá lo más adecuado sea hablar de la “incompletud de la cultura” (Tomé da Mata, 2013), entendiendo esta como algo dinámico, sujeto a cambios que la enriquecen y ayudan a comprender la cultura de los otros a todos sus niveles teniendo en cuenta sus valores y su marco de referencia. Esta situación se da por ejemplo, y de forma más concreta, en el caso de personas mayores con distintos lugares de origen que conviven en centros residenciales o en centros de día, donde se encuentran con la opción de aislarse de quienes son diferentes, o la de aprender sobre ellos y su cultura al mismo tiempo que contribuyen a su inclusión transmitiéndole la propia.

Las personas mayores que conviven en dichos centros deben ser educados de modo que comprendan la inclusión social como un “proceso que asegura que aquellos en riesgo de pobreza y exclusión social, tengan las oportunidades y recursos necesarios para participar completamente en la vida económica, social y cultural