
UNIDADES DE CONVIVENCIA EN PSICOGERIATRÍA

C. Martín Lorenzo
E. Negro González
I. Herreros Guilarte
J. Aguado Rodríguez
J. Arellano López

Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias Palencia.
ch.palencia@hospitalarias.es

Resumen

Las unidades de Psicogeriatría están realizando una evolución en su asistencia con la implantación de nuevos modelos asistenciales que pivotan sobre las personas atendidas, apoyados en la reforma de sus instalaciones, en la formación de los profesionales y en la aplicación de innovación terapéutica que repercute en una mejora de la calidad de vida de sus residentes.

Se expone la experiencia en el área de mayores del Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias en Palencia, en donde se ha realizado la transformación de plazas

residenciales tradicionales en “unidades de convivencia” bajo el modelo de Atención Centrada en la Persona. Esto ha supuesto un cambio cultural en la asistencia y una evolución de los roles profesionales, tanto del personal técnico como del personal de atención directa, orientados hacia una mayor autonomía de la persona atendida. De forma paralela, como complemento necesario, se llevó a cabo el proceso de retirada de sujeciones en personas mayores.

Palabras clave: Unidad de convivencia, psicogeriatría, atención centrada en la persona.

COEXISTENCE UNIT IN PSYCHOGERIATRICS

Abstract

The Psychogeriatric units are making an evolution in their care with the implementation of new care models that pivot on the people served, supported by the reform of their facilities, the training of professionals and the application of therapeutic innovation that has repercussions on an improvement of the quality of life of its residents.

The experience in the elderly area of the Sisters Hospitallers center in Palencia is exposed, where the transformation of traditional residential places into "coexistence units" has been carried out under the Person-Centered Care model. This has meant a cultural change in care and an evolution of professional roles, both for technical staff and direct care staff, oriented towards greater autonomy for the person being cared for. In parallel, as a necessary complement, the process of removing restraints in older people was carried out.

Keywords: Coexistence unit, psychogeriatrics, person-centered care.

Introducción

El Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias de Palencia ha realizado una profunda transformación de la asistencia en el último quinquenio, con una orientación de ámbito sociosanitario, tanto en la asistencia de personas mayores como en personas con discapacidad. Este cambio se inició con la implantación de nuevos modelos de atención que pivotan sobre las personas atendidas que ocupan el lugar central.

El modelo asistencial del centro viene determinado por los Valores de la Institución, que conforman la característica diferencial del estilo de atención y están apoyados por un plan director de reforma de las instalaciones, por la formación a los profesionales y por la aplicación del conocimiento científico disponible a aspectos innovadores que repercuten en la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas.

En el área de Personas Mayores se ha realizado la transformación de plazas en Unidades de Convivencia bajo el modelo de Atención Centrada en la Persona (1), con una conversión de plazas residenciales tradicionales, lo que ha supuesto un cambio cultural en la asistencia y una evolución de los roles profesionales tradicionales, tanto del personal técnico como del personal de atención directa, orientados hacia una mayor autonomía y calidad de vida de las personas atendidas. De forma paralela se realizó el proceso de retirada total de sujeciones en personas mayores, acreditado como "centro libre de sujeciones" por la Confederación Estatal de Personas Mayores (CEOMA) (2).

Atención centrada en la persona (ACP)

Discapacidad:

Grupo de condiciones caracterizadas por una alteración significativa de la funcionalidad de la persona. (Verdugo, 2006) (3). No es algo fijo o dicotómico: es fluida, continua y cambiante de acuerdo con las limitaciones funcionales de la persona y de los apoyos disponibles en su entorno.

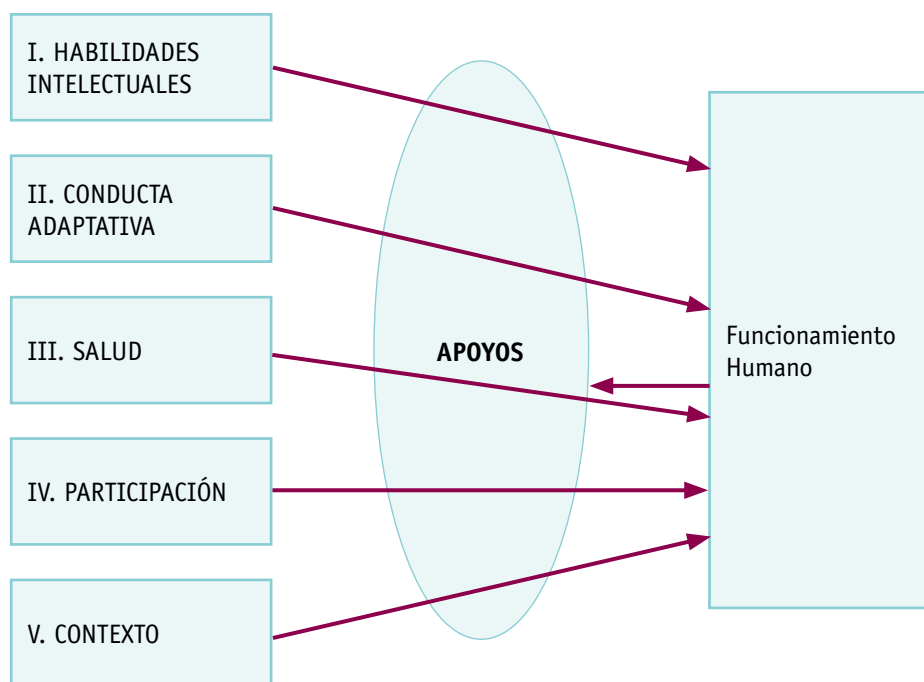
Las limitaciones funcionales disminuyen proporcionando intervenciones, servicios o **apoyos** que se centren en el comportamiento adaptativo, el estatus comunitario y el bienestar. Los apoyos quedan definidos

como recursos y estrategias que persiguen promover el desarrollo, educación, intereses y bienestar de una persona, y que mejoran el funcionamiento individual (Schalock y Verdugo, 2002-2003) (4).

Son pilares básicos de esta concepción la evaluación y la prestación de apoyos en relación a las siguientes **dimensiones** (figura 1):

- Dimensión I: Habilidades Intelectivas
- Dimensión II: Conducta Adaptativa (conceptual, social y práctica)
- Dimensión III: Participación, Interacciones y Roles sociales
- Dimensión IV: Salud Integral (salud física, salud mental y espiritual)
- Dimensión V: Contexto (ambientes y cultura)

Figura 1. Modelo conceptual de cinco dimensiones del funcionamiento humano.



La **calidad de vida** es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales (Schalock, 1996) (5):

- Bienestar físico: estado de salud, nutricional y funcional
- Bienestar emocional: salud mental y seguridad
- Bienestar material: pensión y situación económica
- Desarrollo personal: actividades de la vida diaria
- Autodeterminación: decisiones, metas personales
- Relaciones interpersonales: amistades, apoyo social
- Inclusión social: participación en la comunidad
- Derechos: humanos y legales

La ACP está inspirada en un **cambio de paradigma** basado en la dignidad de la persona, en su derecho a la autonomía, a la participación y a decidir sobre todo aquello que le rodea: bienestar, autonomía, independencia, haciéndole partícipe de su **proyecto de vida**.

Modelo asistencial y educativo

Se fundamenta en la atención a la **dimensión biológica, psicológica, social, espiritual y religiosa de la persona**, a través de pautas de tratamiento personalizadas e interdisciplinarias. Desarrolla el trabajo en equipo y el compromiso en la mejora continua de la calidad integrando ciencia y humanidad, y adecuando las estructuras a las necesidades de las personas (6).

En los últimos años ha habido un **cambio en la orientación asistencial**, especialmente en la atención a las necesidades de la persona mayor, desplazando la atención desde

la hospitalización hacia lo comunitario y lo social. Es un modelo centrado en la persona atendida basado en:

- Defensa de su dignidad y derechos.
- Atención a la persona en su integridad.
- Fomento de su recuperación / normalización / reinserción.

Nuestro Modelo viene determinado por los Valores de la Institución, que conforman la característica diferencial del tipo de atención en que la persona atendida ocupa el lugar central (7). Tanto los Valores como el Modelo Asistencial y Educativo coinciden con la filosofía de los Modelos de Atención Centrados en la Persona (ACP), que venimos desarrollado en las áreas residenciales de Personas Mayores y con Discapacidad.

Método

El desarrollo de Unidades de Convivencia en las Áreas y Unidades Psicogeriátricas / Personas Mayores se basa en el desarrollo de indicadores relativos a los siguientes **parámetros** (8):

- Personas usuarias
- Espacios
- Profesionales
- Atención personalizada
- Participación de la familia
- Calidad y Planificación

1- Personas usuarias: perfil y necesidades

El área de personas mayores, con 213 plazas, está estructurada en 10 unidades con perfiles de usuarios diferenciados según sus necesidades de atención, patologías y nivel de autonomía funcional (9). La dependencia asociada al envejecimiento es un pro-

ceso continuo y cambiante en función de las limitaciones de la persona mayor y de los apoyos disponibles en su entorno. En el nivel residencial, estas limitaciones se disminuyen proporcionando servicios o apoyos orientados a aumentar el bienestar personal, manteniendo el contacto con la familia y comunidad.

Unidades de Convivencia: unidades residenciales con menor número de usuarios (en torno a 15 plazas) que permitan crear un entorno residencial hogareño con el objetivo de facilitar el desarrollo del Modelo de Atención Centrada en la Persona. Las unidades de convivencia se complementan con otras unidades especializadas que pueden reforzar la asistencia ante necesidades específicas de la persona mayor:

Unidad atención a personas con Demencias: atiende a personas mayores en fases moderada-severa y estadios avanzados de la enfermedad, en las que el aumento de la dependencia para las ABVD o la aparición de alteraciones de conducta llevan a la necesidad de ingreso para atención especializada.

Unidad de Psicogeriatría: atiende a personas mayores con enfermedad mental crónica y distintos grados de dependencia, física o psíquica.

Unidad de Convalecencia: se atiende a personas mayores con patologías asociadas al envejecimiento en fase subaguda que producen un deterioro funcional potencialmente recuperable o secuelas que precisan cuidados sanitarios continuados, con dificultad para su regreso al domicilio tras el alta hospitalaria.

Unidad de Cuidados Paliativos: atiende a personas con necesidades de cuidados paliativos en diversas enfermedades avanzadas: oncológicas, insuficiencias de órgano terminal, enfermedades neurodegenerativas.

La existencia de sistemas de información, adaptados a las circunstancias y objetivos de cada recurso asistencial, permiten la gestión y coordinación de casos, para que la persona mayor acceda al recurso asistencial que necesita en el momento que lo necesita.

2- Espacios: Unidad de Convivencia

La **unidad de convivencia** nace como un nuevo concepto en la atención residencial para las personas mayores, en donde la ordenación de los recursos empleados en la atención se traduce en un beneficio personal en forma de aumento de su calidad de vida. Se define como un espacio residencial, que preserva la integridad e intimidad de las personas, con el equipamiento adecuado que combina seguridad con estética y funcionalidad, calidad con calidez de hogar (10).

La persona mayor debe sentir el bienestar y la calidez mediante una estética cuidada que ayuda como parte de la intervención psicosocial. Es lo que se denomina arquitectura terapéutica (11):

- Las dependencias son accesibles, amplias y funcionales, con zonas verdes integradas.
- Los espacios de la unidad de convivencia están interconectados.
- Los pasillos deben ser significativos y tener un destino social.
- Individualización y personalización de los dormitorios.
- Diseño de espacios comunes multifuncionales que permitan la participación significativa en las actividades que conecten a los residentes con su estilo de vida pasada.
- Hay un ambiente de hogar, con calidez del espacio, posibilidad de participar en la decoración y de tener sus pertenencias personales en la habitación.

- Entorno ambiental preventivo: reducir el ruido ambiental, ambiente luminoso, distribución adecuada de espacios, actividad adaptada al estadio evolutivo.
- La seguridad del espacio es uno de los criterios que debe primar en el diseño y las medidas de seguridad deben incluirse con la máxima discreción posible.
- Espacio cercano y personalizado, para mantener su identidad y el sentimiento de pertenencia a un entorno.

La plena participación de las personas mayores en la vida comunitaria, conlleva el derecho al acceso, uso y comprensión del entorno construido.

3- Profesionales: equipo terapéutico

La intervención profesional se centra en la valoración integral interdisciplinar, la flexibilidad y adaptabilidad en el desempeño profesional en función de las nuevas demandas de la sociedad y del proyecto vital de las personas que atendemos, compartiendo un **plan de apoyo individualizado** con el objetivo común de fomentar su calidad de vida.

La implantación del Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) supone una **evolución de los roles profesionales**, lo que hace necesario planificar una formación que facilite su comprensión, interiorización y aplicación práctica:

Supone una evolución de las formas de **organización asistencial** tradicionales (12):

- Sistemas de apoyos, oportunidades y comunidades inclusivas.
- Coordinador asistencial: liderazgo y gestión de los sistemas de apoyo.
- Personal técnico: asesora, apoya, forma y supervisa al personal de atención directa, sin abandonar la atención derivada de su

puesto profesional (evaluación inicial y atención continuada a la persona usuaria).

- Personal de atención directa: El **Profesional de Referencia** es una figura clave en este modelo de atención:
 - Realiza un acompañamiento continuado empático, buscando el vínculo emocional y la confianza en la relación.
 - Vela porque el usuario cuente con los apoyos necesarios para desarrollar su proyecto de vida (valedor de la persona), facilitar la elección horarios y actividades de la persona mayor en función de su proyecto de vida.
 - Competencias: comunicación con la familia-usuario, conocimiento de la persona, busca recursos, apoyo historia-plan de vida, coordinación de intervenciones.
 - Puede ser de mutua elección (no es deseable la mera distribución de usuarios) y ser el referente de hasta 5 personas.
 - Suelen ser personal de atención directa (pasan más horas con el usuario).
 - Debe evitarse en la medida de lo posible la rotación de personal.

El seguimiento profesional de los colaboradores y el acompañamiento en su proceso formativo se orientan en la línea de la humanización de la asistencia, teniendo como guía los valores hospitalarios. Se busca una atención personalizada, empática, cercana, respetuosa y humana.

El Equipo Directivo del Centro lidera, impulsa y mantiene esta política de Calidad, mediante la gestión eficiente de los recursos existentes para el cumplimiento de los objetivos definidos y establece los mecanismos necesarios para canalizar la participación e implicación de las personas que integran la organización.

4- Atención Personalizada: Innovación Terapéutica

En las unidades de convivencia para personas mayores **lo cotidiano es lo terapéutico**. La realización de actividades significativas para los usuarios promueve la aplicación de alternativas **terapéuticas no farmacológicas**, como la terapia asistida con animales, la estimulación sensorial utilizando el método Snoezelen, grupos de reminiscencia y la estimulación cognitiva mediante nuevas tecnologías. La actividad física y ocioterapéutica supone una mejoría del estado físico y de la salud general de las personas atendidas, lo que repercute en una actitud y repercusión anímica positivas.

Las **unidades psicogerítricas** tienen unas necesidades asistenciales específicas por las características cognitivas y/o conductuales de los usuarios, lo que añade una singularidad en la aplicación de los apoyos.

La falta de comprensión y un entorno inadecuado, pueden ser la causa de los **síntomas psicológicos y conductuales**, forma en que las personas mayores, especialmente con deterioro cognitivo, suelen expresar su malestar. Por ello es preciso descartar conductas reactivas y disparadores, agotando las posibilidades del abordaje empático y terapias no farmacológicas (regladas o espontáneas).

El **tratamiento farmacológico** de base debe seguir los principios de la prescripción geriátrica, utilizando la dosis mínima eficaz durante el menor tiempo posible y un sistema de prevención de errores de medicación. Valorar reducir la polimedición e interacciones, los fármacos que aumentan el riesgo de caídas y las pautas “si precisa”.

La eliminación completa del uso de sujeción mecánica, que implica un cambio de actitud y de mentalidad, conlleva que en

la unidad de convivencia **no se contempla el uso de sujeciones como una alternativa en el cuidado de los mayores**. Para ello es necesario el apoyo al trabajo seguro sin sujeciones mediante la implementación de ayudas técnicas.

5- Participación de la familia

La familia aporta su **conocimiento y saber hacer**, pudiendo formar parte del “equipo”: persona mayor – cuidador familiar – cuidador profesional.

Pueden aportar **mejoras cualitativas**, que se pueden evidenciar por observadores: vínculo afectivo, expresión emocional, respeto a los valores, bienestar, comunicación, relación, participación.

A medida que el deterioro cognitivo o la dependencia avanzan la persona va perdiendo capacidades y autonomía. En consecuencia, la familia debe adaptarse progresivamente otras formas de relación. La carga emocional, psicológica y las repercusiones en la vida cotidiana de la persona usuaria y su familia evolucionan y el espacio de convivencia puede ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas que lo habitan, generando bienestar en la persona mayor y en su círculo de apoyo, para seguir construyendo su proyecto vital.

Existen foros específicos para fomentar la **participación** (13), como las asambleas de usuarios y de familias, encuestas de satisfacción, formularios de quejas y sugerencias.

En entornos socioasistenciales se hace necesario una **redefinición del marco ético**, cobrando un especial valor la protección de la fragilidad y la dignidad de la persona:

- **Ética del contexto** (Kitwood, 1997) (14): implica decisiones que han de tomarse en el cuidado de las personas atendidas muy

rápidamente y casi de forma intuitiva, desarrollándose sin una clara conceptualización en el curso del día a día.

- **Concepto de dignidad básica** (Pullman, 1999) (15): la dependencia no sería nada malo en sí misma y, cuidar de ella, aun no pudiendo proporcionar mayores cuotas de autonomía no sería una actividad frustrante, sino revestida de la mayor dignidad por el cuidado de los más frágiles.
- **Voluntades anticipadas:** se definen como el proceso en el que una persona planifica los cuidados sanitarios y la asistencia que desea recibir en el futuro en base a sus valores, deseos y preferencias, en el momento en que no sea capaz de tomar decisiones por sí misma. En la unidad de convivencia se puede trabajar la planificación anticipada de cuidados y decisiones (16).

6- Calidad y planificación: Instrumentos

Historia de vida: Documento que busca el conocimiento integral de la persona atendida a través del conocimiento de su biografía, valores y modo de vida., desde la óptica de la propia persona y/o de su familia.

Proyecto de Vida documento que se elabora con la base de la historia de vida (pasado) y expresa lo que la persona quiere ser y hacer con su vida, (planteamiento existencial) y los apoyos que precisa para realizarlo. Elaborado a partir de historia de vida por el profesional de referencia (contando con un consultor técnico) junto con el residente/familiar/grupo de apoyo: personas significativas.

Ambos documentos (historia y proyecto) son **documentos vivos** sujetos a las modificaciones necesarias según evolucione la vida de la persona, desde una perspectiva biopsicosocial (17).

El desarrollo de modelos de calidad centrados en las personas, nos hace manejar un concepto de **calidad de vida** que se fundamenta en una visión, no de la discapacidad, sino de las necesidades de apoyo que tienen las personas mayores para poder gestionar su propia vida.

Resultados

Se parte de la hipótesis de que el modelo de ACP supone una mejora del bienestar y calidad de vida de la persona atendida. Para tratar de verificarlo, se realizó una medición evolutiva de componentes de mejora, tanto en Usuarios (escalas funcionales, cognitivas, calidad de vida, indicadores), Familias (grado de satisfacción) y Profesionales (escalas de burnout) que participaban como unidades piloto de este modelo de atención en Castilla y León bajo la denominación "*en Mi casa*" (8).

- **Usuarios:** refieren mejora en la calidad de vida percibida un 75%. Mejor índice de Barthel. Se reducen caídas y agitación. Sujeciones en igual número. No concluyente a nivel cognitivo. Registros de salud habituales: alimentación, movilidad, caídas, sujeciones, úlceras por presión, toma de psicofármacos, agitación, dolor, derivación a urgencias.

Escalas de Calidad de vida (18, 19): Escala FUMAT: 90% mejora. La calidad de vida es autoevaluada a través de 57 ítems distribuidos en ocho subescalas que se corresponden con las dimensiones del modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (5). Escala QUALID: 60% mejora. Indicada si existe demencia, consta de 11 preguntas que cumplimenta un familiar o cuidador: comportamiento observable y expresiones afectivas como sonrisa, tristeza, llanto, irritabilidad, interacciones.

- **Profesionales:** el trabajo en unidades de convivencia aumenta la satisfacción, mejora el clima laboral, trabajo en equipo, mayor iniciativa, participación en la planificación de tareas, reduce el estrés y el absentismo. Se utilizó el inventario de burnout de Maslach.
- **Familias:** en encuestas de satisfacción, el 80% están satisfechas o muy satisfechas.

Conclusiones

La unidad de convivencia para personas mayores:

- Combina la existencia de espacios privados que garanticen la intimidad con otros comunes que potencien la interacción social.
- Permite y anima a que las personas lleven sus propiedades (muebles, pertenencias) para construir un “hogar propio y significativo”.
- Apoya un modo de vida parecido al hogar y un abordaje terapéutico desde la realización de las actividades cotidianas y significativas para la persona.
- Defiende la autodeterminación, el respeto a los proyectos de vida y a las preferencias de las personas.
- Ofrece atención personalizada, desde los derechos y deseos de la persona, incluyendo la asunción de ciertos riesgos.
- Apuesta por metodologías de planificación centradas en la persona donde las personas con tengan un papel activo en sus cuidados y atención.
- Da importancia al apoyo individual para favorecer, desde la acogida, la adaptación de cada persona y su integración en la unidad. Muchas personas mayores y sus familias podrían beneficiarse, durante años, de permanecer en un entorno hogareño donde poder seguir manteniendo un mayor control sobre su vida.

Bibliografía

- 1- Martínez, T. (2011). *La atención Gerontológica centrada en la persona*. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco.
- 2- Burgueño AA, Heras C. Centros libres de sujeciones físicas: un estándar de oro de calidad. *Rev. Arg. de Gerontología y Geriatria*; Vol 31(3):77-82.
- 3- Verdugo M.A. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental de 2002. *Siglo Cero*, 34(205),5-19.
- 4- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2002/2003). *Quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducido al Castellano por M.A. Verdugo y C. Jenaro. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial]. (eds.), *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida* (pp. 105-112). Salamanca: Amarú.
- 5- Schalock, R. L. (ed.) (1996). *Quality of Life*. Vol. 1: «Its Conceptualization, Measurement and Use». Washington D.C.: American Association on Mental Retardation.
- 6- Hermanas Hospitalarias del SCJ. *Modelo Asistencial y Educativo*. <http://www.hospitalarias.org/reestructuracionespana/wp-content/uploads/Modelo-Asistencial-y-Educativo-HH.pdf>
- 7- Hermanas Hospitalarias del SCJ. *Marco de Identidad de la Institución*. Roma, 2010.

- 8- Servicios Sociales de Castilla y León. Decreto 3/2016, de 4 de febrero, por el que se regula la acreditación de centros y unidades de convivencia para la atención a personas mayores en Castilla y León.
- 9- Hoyos-Villagrà, G. et. al. Atención médica continuada en un centro Sociosanitario. Análisis de 10 años. *Informaciones Psiquiátricas*. 2021 - n.º 244 (31-52).
- 10- Rodríguez, P. (2011). "Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir" *Actas de la Dependencia*, 3. Fundación Caser. Madrid.
- 11- Servicios Sociales de Castilla y León. Arquitectura y ACP: Propuesta arquitectónica de un nuevo modelo de residencia asistida para mayores con el objetivo de impulsar la atención centrada en la persona. Junta de Castilla y León (2020).
- 12- Díaz Veiga, Pura; Sancho, Mayte (2012). "Unidades de Convivencia. Alojamientos de personas mayores para 'vivir como en casa'" Madrid, *Informes Portal Mayores*, nº 132. [Fecha de publicación: 15/06/2012]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/diaz-unidades-01.pdf> Junio 2012
- 13- Documento OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>
- 14- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered, the person comes first*. Buckingham. Open University Press.
- 15- Pullman, D. The ethics of autonomy and dignity in long-term care. *Can J Aging* 1999;18;26-49. Doi: 10.1017/S0714980800009612.
- 16- Martín Lorenzo, C. et. al. Instrucciones Previas: breve guía para un ejercicio de autonomía. *Informaciones Psiquiátricas* 2022 - n.º 246 (69-80).
- 17- The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. Person-Centered Care: A definition and essential elements. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(1):15-8.
- 18- Verdugo, M. A. (dir) (2006). *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación* (pp. 43-58). Salamanca: Amarú.
- 19- Weiner, MF, et. al. La calidad de vida en la etapa tardía de la demencia (QUALID) *J Am Med escala Dir Assn*, 2000; 1:114-116.