

LA PSICOLOGÍA HOY: RETOS, LOGROS Y PERSPECTIVAS DE FUTURO.
EL MUNDO DEL ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

EL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA, APLICADO EN UN CENTRO DE DÍA GERIÁTRICO PARA LA MEJORA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y HABILIDADES SOCIALES

Raquel Gutiérrez Martínez

gutmarra@jcyf.es, Junta de Castilla y León.

Jerónimo González-Bernal

jejavier@ubu.es, Universidad de Burgos

Josefa González-Santos

mjgonzalez@ubu.es, Universidad de Burgos

Ana I. Sánchez Iglesias

asiglesias@ubu.es, Universidad de Burgos

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v2.1084>

Fecha de Recepción: 12 Octubre 2017

Fecha de Admisión: 1 Noviembre 2017

RESUMEN

La experiencia es realizada en dos centros de día geriátricos (uno como grupo control y otro experimental), dirigidos por dos terapeutas ocupacionales, y con cuidadores fijos en cada uno de ellos, ubicados en la Residencia para Mayores Los Royales.

Tras realizar una valoración previa a los residentes (Cognitiva, físico, funcional, habilidades de la vida cotidiana y afectiva) y conociendo sus habilidades sociales y valoración propia del envejecimiento de manera individualizada, se instruye a las cuidadoras del grupo experimental que permitan desarrollar un plan de atención centrado en la persona para potenciar las habilidades y el poder de autonomía personal y para favorecer el mantenimiento o mejoría de las habilidades en el residente.

Resultados: La investigación se realiza durante tres semanas, con evaluación pretest y postest, y se realiza un análisis estadístico con pruebas no paramétricas en donde se observa la eficacia del mismo en diferentes áreas del usuario.

ABSTRACT

The Center where the study is carried out works with the model of care centered on the person, as fundamental objective intends to maintain or improve the operation in several areas of his life, promoting social skills on residents in an individualized manner. The experience is carried out in two nursing of day (one as a control group and one experimental), directed by two occupational therapists and caregivers fixed in each one of them, located in the residence for greater Los Royales.

EL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA, APLICADO EN UN CENTRO DE DÍA GERIATRICO PARA LA MEJORA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y HABILIDADES SOCIALES

After making an assessment prior to the residents (cognitive, physical, functional, everyday and affective life skills) and knowing their social skills and peculiarities of aging in an individualized manner, the experimental group are given guidelines to their caregivers that develop a small plan of attention focused on the person that enhances your skills and be able to personal autonomy to promote the maintenance of their capabilities and even see if this improvement is experienced in the resident.

Results: The experimentation is carried out for three weeks, and then a statistical analysis with nonparametric tests, where notes the effectiveness in different areas.

Palabras claves.

Modelo de atención centrado en la persona, habilidades sociales, centro de día, personas mayores y actividades de la vida diaria.

Key words. Model of care focused on the person, social skills, day centre, older people and activities of daily living.

ANTECEDENTES DE LA TEMÁTICA A TRATAR.

El Decreto 2/2016 aprobado el 4 de febrero por la Junta de Castilla y León introduce el modelo de atención centrado en la persona, conocido como “**En mi casa**”, cuyo objetivo es garantizar la calidad de vida de los mayores atendiendo a distintas dimensiones como “la autodeterminación, el bienestar físico, el bienestar emocional, los derechos de las personas, la inclusión social, el desarrollo personal y las relaciones interpersonales”. Se introducen así herramientas muy operativas que toman como principal referente a la persona, y la atención personalizada. Precisamente esta investigación se desarrolla en el conjunto de experiencias previas que vienen a validar actualmente este modelo de atención que ha supuesto ya su transferencia a políticas activas en el ámbito del envejecimiento activo y saludable.

Envejecimiento(OMS), se define como: “el deterioro, de las funciones, progresivo y generalizado, que produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad”. La propia OMS ha introducido el concepto de envejecimiento activo, definiéndolo como: “el proceso de hacerse mayor sin envejecer mediante el desarrollo continuado de actividades físicas, sociales y espirituales a lo largo de toda la vida” (Parapar, Fernández, Rey y Ruiz 2011).

La atención gerontológica centrada en la persona (Martínez, 2011):

- Es un enfoque de la atención donde la persona, desde su autodeterminación en relación a su calidad de vida, es el eje central de las intervenciones profesionales.

- Como metodología, aporta un conjunto de técnicas o instrumentos que facilitan la intervención personalizada.

- Como modelo, partiendo del reconocimiento de la dignidad de todo ser humano, busca la autodeterminación y mayor independencia posible de las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia, en su proceso de atención, para así mejorar su calidad de vida y su bienestar subjetivo.

Tal como recoge Bermejo (2009), la OMS define calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

Como dimensiones de calidad de vida, siguiendo las de Schalock y Verdugo en 2003 proponen las siguientes: bienestar emocional, relaciones personales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y defensa de sus derechos.

Según el artículo 2º de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se entiende por:

1) Autonomía: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

2) Dependencia: el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Mosey (1986): "las actividades de la vida diaria son todas aquellas actividades que uno debe empeñarse o llevar a cabo para participar con comodidad en otras facetas de la vida. Estas actividades pueden ser subdivididas en autocuidado, comunicación y transporte. Las actividades de la vida diaria, también incluyen la responsabilidad de ser un amo de casa o administrador de la casa"

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Los *objetivos principales* de este trabajo son evaluar valores afectivos (consiguiendo relaciones satisfactorias con los demás y consigo mismo, mejorando la valoración afectiva) e instrumentales (pudiendo realizar actividades con éxito ya sean básicas, instrumentales o avanzadas según la escala LSP explicada en párrafos sucesivos) tras una intervención en el grupo experimental.

LOS CENTROS

El estudio se llevó a cabo en dos centros ubicados en la Residencia para Mayores "Los Royales" Soria, son centros de Estancias Diurnas denominados, "Los Sauces" con capacidad para 40 usuarios y "Leonor" con capacidad para 30 usuarios en una modalidad experimental de respiro familiar.

Muestra y/o participantes.

Personas mayores de 60 años con graves limitaciones en su capacidad funcional. Con carácter excepcional las personas menores de 60 años que tengan diagnosticada demencia, tipo Alzheimer.

Ser español residente en Castilla León; no padecer enfermedad contagiosa, ni crónica o terminal; en el caso de personas con graves limitaciones en su capacidad funcional conforme baremo vigente, será imprescindible disponer de redes de apoyo o convivir con familiares o cuidadores que puedan mantener en el domicilio la atención proporcionada en la estancia diurna.

METODOLOGÍA Y/O INSTRUMENTOS UTILIZADOS.

A partir de una evaluación funcional (MEC, Barthel y Lawton y Brody), se formaron dos grupos homogéneos de 10 usuarios cada uno, y se estableció que el grupo experimental se iba a dar en el Centro de día de los Sauces, y el centro de día Leonor como grupo control.

Respecto al estado cognitivo la mayor parte de usuarios seleccionados tienen una puntuación por encima de 20 en el MEC, e incluso varios usuarios por encima de 26, por lo que indica que no se coge una muestra con alteración grave en sus capacidades cognitivas que hace posible la pauta para el entrenamiento de sus habilidades.

En lo que a estado funcional se refiere, todos los sujetos tienen unas limitaciones de dependencia funcional de moderada a leve según la escala Barthel, predominando la dependencia leve en la mayoría de los casos

En el funcionamiento de actividades instrumentales de la vida diaria si se observan unas puntuaciones que indican que la mayoría tiene dependencia severa.

EL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA, APLICADO EN UN CENTRO DE DÍA GERIÁTRICO PARA LA MEJORA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y HABILIDADES SOCIALES

Ya con el grupo control y experimental establecidos, se le pide a las terapeutas de los centros de día que además les pasen las siguientes escalas (Yessavage corto y el cuestionario de perfil de habilidades de la vida cotidiana LSP) antes de dar las pautas de intervención al grupo experimental.

Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS- versión reducida), en esta escala hay 15 ítems, los cuales se van contestando con las alternativas de Si/No, puntuando como máximo 15.

Escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana – Life Skill Profile “LSP”. La población diana es para personas con trastorno psiquiátrico. Se trata de una escala heteroadministrada para personas con enfermedades mentales crónicas, que no se encuentran en un momento de crisis .

Cada ítem responde a una escala tipo Likert de mayor (4 puntos) a menor funcionalidad (1 punto). El “LSP” se compone de 5 subescalas. Una puntuación alta en cada escala o para el total del LSP indicaría un nivel de funcionamiento alto.

Las subescalas son:

Autocuidado (A)

Comportamiento social interpersonal (CSI)

Comunicación – contacto social (C)

Comportamiento social no personal (CSNP)

Vida autónoma (VA)

METODOLOGÍA Y PAUTAS DE ACTUACIÓN:

La residencia para Mayores “los Royales”, ha estado implantando un nuevo modelo residencial denominado Unidades de Convivencia, para llevarlo a cabo se usa como herramienta “La planificación centrada en la persona” basada en los siguiente 4 principios: individualidad, intimidad, adaptación de la institución a la persona, implicación de la familia.

La duración del programa una vez se implante será de tres semanas, transcurrido este tiempo se volverá a evaluar a todos participantes del estudio (grupo control y grupo experimental).

Se aplicarán unas pautas generales a todo el grupo experimental, y unas pautas específicas individualizadas centradas en la persona y teniendo en cuenta sus gustos, deseos y capacidades elaboradas junto con la terapeuta del centro de día, auxiliares y tras entrevistas informales a los propios sujetos, que se llevaran a cabo por su auxiliar de sala. Estas pautas generales e individualizadas están incluidas en los Anexos.

10. Resultados alcanzados.

Una vez finalizado el tiempo de experimentación y analizando los datos obtenidos, se dan los siguientes resultados.

Características de los usuarios participantes en el estudio y principales patologías:

La media de edad de los usuarios que han sido seleccionados para el estudio es de 83,4 años, todos los usuarios residen en Soria capital, si bien algunos de ellos son de algún pueblo de la provincia, todos poseen red de apoyo tanto por parte de familiares como cuidadores para cuando vuelven a su casa o la del familiar de apoyo.

Las principales patologías de este grupo de usuarios son: Demencias (en mayor número de casos Alzheimer, también se da demencia vascular y deterioro cognitivo), ACVA, (hemiparesias y hemiplejias) y ACVA de repetición, depresión, trastorno adaptativo, ansiedad, hipertensión arterial, hipoacusia y diabetes.

Se han realizado las pruebas no paramétricas para dos muestras independientes entre el grupo control y el grupo experimental, en el pretest y posttest, y no se observan diferencias significativas en ninguna de las valoraciones, es decir, los grupos son homogéneos al principio y al final de la intervención.

Cuando se aplican pruebas no paramétricas para dos muestras relacionadas entre el pretest y postest, se observan diferencias significativas en el MEC y LSP para toda la muestra, $p < 0.0$, es decir, mejoran ambos grupos en esas variables.

Esto indica la eficacia del tratamiento a la hora de mejorar el nivel cognitivo y las habilidades de la vida cotidiana del sujeto desde la planificación centrada en la persona, si bien se deben tener en cuenta varios aspectos como que el grado de deterioro cognitivo ideal para esta intervención oscila entre deterioro cognitivo leve o incipiente.

Respecto al LSP (perfil de habilidades de la vida cotidiana), es otra área que debido a la aplicación del nuevo modelo de Atención Centrada en la Persona, se está trabajando por toda la casa dando oportunidad a todos residentes de elección (actividades, menú, horarios), el perfil elegido ya tenía un funcionamiento bastante normalizado ya que no han dado puntuaciones bajas (la puntuación máxima que se puede dar es 156 y la media en el pretest da 126), aunque si se observa diferencia significativa a nivel general por lo que se pasa después a analizar las subescalas para ver en que área han mejorado más y donde el tratamiento ha tenido más repercusión.

Haciendo una valoración de muestras relacionadas, en el grupo experimental, hay diferencias significativas para los valores de Yesavage y LSP.

En este grupo ha sido aplicado el tratamiento y se percibe la eficacia del mismo a la hora de trabajar los aspectos afectivos y habilidades de la vida cotidiana de la persona, durante el tratamiento se pide que se refuerce continuamente a la persona que está realizando la actividad, se le da responsabilidad para una tarea y se le tiene en cuenta constantemente.

Esta forma de tratar teniendo en cuenta a la persona, tal y como demuestran los resultados hace que en un grupo de población acostumbrado a seguir y acatar unas normas de una institución, el hecho de ser protagonistas de su plan de intervención y decidir, prueba una mejoría en estas áreas, si bien resulta curioso que a nivel general se de mejoría en el MEC y en el grupo experimental no se den diferencias significativas dado que la orientación se ha trabajado insistentemente.

*Tabla1.
Puntuaciones en el grupo experimental, en el pretest y postest.*

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
MEC PRETEST	10	25,70	6,038	15	34
BARTHEL PRETEST	10	66,50	17,488	40	90
LAWTON PRETEST	10	3,00	2,055	1	7
YESSAVAGE PRETEST	10	3,90	2,726	0	8
LSP PRETEST	10	124,80	16,457	85	142
MEC POSTEST	9	28,00	4,123	19	33
BARTHEL POSTEST	9	67,78	17,520	40	90
LAWTON POSTEST	9	3,22	2,048	1	7
YESSAVAGE POSTEST	9	2,78	2,489	0	7
LSP POSTEST	9	135,33	8,246	119	144

EL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA, APLICADO EN UN CENTRO DE DÍA GERIATRICO PARA LA MEJORA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y HABILIDADES SOCIALES

Tabla 2.
Significatividad de la intervención en el grupo experimental.

	MEC POSTEST - MEC PRETEST	BARTHEL POSTEST - BARTHEL PRETEST	LAWTON POSTEST - LAWTON PRETEST	YESSAVAGE POSTEST - YESSAVAGE PRETEST	LSP POSTEST - LSP PRETEST
Z	-1,754 ^c	-1,000 ^d	,000 ^e	-2,050 ^d	-2,103 ^c
Sig. asintót. (bilateral)	,079	,317	1,000	,040	,035

En el grupo control hay diferencia significativa en el MEC y también en el LSP.

Aunque el estudio que se realiza es ciego, a la hora de analizar estos resultados, resulta curioso, que sin aplicar el tratamiento se de mejoría en dos áreas que casualmente se tratan de manera exhaustiva en este estudio.

Estos datos, indican que posiblemente se haya dado contaminación en el estudio ya que los ambos centros están ubicados en el mismo recinto, tiene zonas comunes (salón de actos, gallinero, cafetería, capilla, invernadero, comedor, enfermería fisioterapia...) y el centro residencial está siendo pionero en la aplicación del modelo de atención centrado en la persona mediante sus Unidades de Convivencia, dentro de la residencia, que hace que el resto de profesionales apliquen principios de este modelo para el resto de usuarios tanto de residencia como del centro de día.

Tabla 3.
Puntuaciones del grupo control en el pretest y postest.

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
MEC PRETEST	10	25,60	6,851	14	34
BARTHEL PRETEST	10	68,50	17,329	40	90
LAWTON PRETEST	10	2,40	1,430	1	5
YESSAVAGE PRETEST	9	3,22	1,856	0	6
LSP PRETEST	10	127,30	13,433	109	146
MEC POSTEST	10	26,60	7,074	14	34
BARTHEL POSTEST	10	69,00	17,920	40	90
LAWTON POSTEST	10	2,70	1,337	1	5
YESSAVAGE POSTEST	9	3,33	2,000	0	6
LSP POSTEST	10	129,80	11,183	113	144

Tabla 4.
Significatividad para el grupo control en las diversas pruebas.

	MEC POSTEST - MEC PRETEST	BARTHEL POSTEST - BARTHEL PRETEST	LAWTON POSTEST - LAWTON PRETEST	YESSAVAGE POSTEST - YESSAVAGE PRETEST	LSP POSTEST - LSP PRETEST
Z	-2,058 ^c	-,276 ^c	-1,732 ^c	-,264 ^c	-1,963 ^c
Sig. asintót. (bilateral)	,040	,783	,083	,792	,050

Análisis de la Life Skill Profile(LSP): escala sobre el perfil de habilidades de la vida.

En pruebas no paramétricas de las distintas pruebas, no se observan diferencias significativas entre el grupo control y el experimental en ninguna de las valoraciones.

Por otra parte, en el grupo control, entre el pretest y el postest, no hay diferencias significativas en ninguna de las pruebas, aunque se puede suponer, (0.050) en el LSP total.

Después de ver las puntuaciones, tabla 5, se puede observar que donde el funcionamiento tiene más fallos en estos residentes es en la Vida Autónoma, siendo el resto de puntuaciones de un funcionamiento que no indica gran deterioro.

Tabla 5.
Análisis de las subescalas de la LSP

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
LSP PRETEST	10	127,30	13,433	109	146
LSP (A) PRETEST	10	35,00	4,137	26	40
LSP (CSI)PRETEST	10	35,90	3,071	30	40
LSP (C) PRETEST	10	19,40	4,169	10	24
LSP (CSNP) PRETEST	10	21,60	2,591	17	24
LSP (VA) PRETEST	10	15,40	3,596	11	20
LSP POSTEST	10	129,80	11,183	113	144
LSP (A) POST	10	36,00	3,300	30	40
LSP (CSI)POSTEST	10	36,70	2,830	32	40
LSP (C) POSTEST	10	20,00	3,887	11	24
LSP (CSNP) POSTEST	10	21,70	2,669	17	24
LSP (VA) POSTEST	10	15,40	2,797	12	19

EL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA, APLICADO EN UN CENTRO DE DÍA GERIATRICO PARA LA MEJORA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y HABILIDADES SOCIALES

Tabla 6.
Significatividad de la LSP

	LSP POSTES T - LSP PRETES T	LSP (A) POST - LSP (A) PRETES T	LSP (CSI)POSTES T - LSP (CSI)PRETES T	LSP (C) POSTES T - LSP (C) PRETES T	LSP (CSNP) POSTES T - LSP (CSNP) PRETES T	LSP (VA) POSTES T - LSP (VA) PRETES T
Z Sig. asintót. (bilateral)	-1,963 ^c ,050	-1,826 ^c ,068	-1,496 ^c ,135	-1,508 ^c ,132	-,447 ^c ,655	-,073 ^d ,942

En el grupo experimental, se observan diferencias significativas en LSP, LSP A (Autocuidado), y LSP VA (Vida Autónoma) Tabla 7.

Al analizar los resultados dividiendo las 5 subescalas se ve que aquí el tratamiento ha sido eficaz, dado que dentro de los ítems que miden el autocuidado se puede ver que incluyen datos relacionados con la higiene, donde desde la intervención se ha hecho bastante hincapié y respecto a los ítems de vida autónoma, se incluye la participación en actividades y ocio, también pautado en este tratamiento.

Es relevante, que en la vida autónoma se obtenga diferencia significativa cuando es la puntuación más baja que dan todos los sujetos, y hace ver de la importancia de este tratamiento, ya que refleja su efectividad.

Para el resto de subescalas, aunque no haya una diferencia significativa en donde se pueda hablar de la eficacia del tratamiento si se observa mejoría.

Tabla7.
Subescalas LSP para el grupo experimental

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
LSP PRETEST	10	124,80	16,457	85	142
LSP (A) PRETEST	10	33,00	4,784	22	38
LSP (CSI)PRETEST	10	35,30	2,584	30	39
LSP (C) PRETEST	10	20,00	4,000	10	23
LSP (CSNP) PRETEST	10	21,10	2,644	15	24
LSP (VA) PRETEST	10	15,40	3,596	8	21
LSP POSTEST	9	135,33	8,246	119	144
LSP (A) POST LSP (CSI)POSTEST	9	36,33	2,291	33	40
LSP (C) POSTEST	9	37,00	1,871	34	39
LSP (CSNP) POSTEST	9	21,67	2,236	17	24
LSP (VA) POSTEST	9	22,33	1,118	21	24
LSP (VA) POSTEST	9	18,00	2,693	14	22

Tabla 8.
Significatividad de las subescalas LSP para el grupo experimental.

	LSP POSTES T - LSP PRETES T	LSP (A) POST - LSP (A) PRETES T	LSP (CSI)POSTES T - LSP (CSI)PRETES T	LSP (C) POSTES T - LSP (C) PRETES T	LSP (CSNP) POSTES T - LSP (CSNP) PRETES T	LSP (VA) POSTES T - LSP (VA) PRETES T
Z	-2,103 ^c	-2,043 ^c	-1,725 ^c	-1,512 ^c	-1,127 ^c	-2,401 ^c
Sig. asintót. (bilateral)	,035	,041	,084	,131	,260	,016

DISCUSIÓN.

Una vez finalizada la propuesta, se habla también con auxiliares y terapeuta del centro experimental para recoger sus impresiones, se comentan ciertos aspectos como la dificultad de realizarlo en personas con autoestima baja y a la hora de dedicar tiempo en solitario para con ellos, pero dicen que una vez puesto en marcha observan una mayor iniciativa a la hora de realizar actividades, menor tiempo de letargo (ojos cerrados, inactividad, mirada perdida), mejora en la comunicación con ellas y más cuidado en su higiene personal.

Si bien creen que siguen necesitando el mismo apoyo a nivel funcional que antes de la experimentación para la realización de AVDS.

Si se tiene en cuenta la parte bibliográfica, se ajusta a las premisas que se dan en el tratamiento viendo la importancia de la actividad como uso terapéutico y la importancia de potenciar las habilidades sociales de las personas dando especial importancia a la comunicación para favorecer su autonomía y mejorar su calidad de vida. Además de la importancia de la figura del terapeuta ocupacional ya que es el encargado de pautar y supervisar la ejecución de las premisas individuales de cada persona siempre contando con sus deseos y preferencias, y teniendo en cuenta las actividades significativas para ellos y dando posibilidad de elección.

Además los puntos que da Bermejo 2009 tanto en la descripción del modelo de atención centrado en la persona como en la definición de calidad de vida, se intentan lograr aplicando esto.

Conclusiones.

Como conclusión final decir que la experimentación ha resultado positiva, dado que hay diferencias significativas en varias áreas (MEC, LSP y Yessavage), lo que hace ver que el tratamiento es eficaz.

Además y teniendo en cuenta las definiciones dadas en la parte bibliográfica se puede decir que la terapia ocupacional es fundamental a la hora de trabajar desde el modelo de atención centrado en la persona y la importancia que se da a las actividades como uso para el tratamiento.

Dar una especial importancia a las habilidades sociales de la persona, pero también de los profesionales que tienen que atenderles, porque queda claro que mejorando esto todo es más fácil y se ve la eficacia.

Parece un tratamiento idóneo ya que se mira desde el punto de vista de la persona y no desde la institución como se ha venido haciendo hasta ahora, así se dignifica a la persona y se sigue manteniendo su identidad.

EL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA, APLICADO EN UN CENTRO DE DÍA GERIATRICO PARA LA MEJORA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y HABILIDADES SOCIALES

Por los resultados obtenidos, se sugiere la necesidad de continuar por esta línea de trabajo, ampliando la muestra y aumentando el tiempo de recogida de datos e incluso realizando valoraciones sucesivas que puedan demostrar esta eficacia a lo largo del tiempo o por el contrario que haya resultado una experiencia positiva por ser algo extraordinario. Se podrían incluir nuevas valoraciones (calidad de vida), incluso para los trabajadores y si alguna no diera resultados concluyentes quitarla.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asturias Apoya. "A las familias cuidadoras de personas en situación de dependencia. Para aprender a cuidarse y cuidar mejor". (2008) Consejería de Bienestar Social. Gobierno del Principado de Asturias, 20- 26
- Bermejo, L. (2009) "Guía de Buenas Prácticas en Centros de Día de Personas Mayores en situación de dependencia". Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies. 26-30
- Christiansen, C.H.y Townsend, E.A. (Eds.)(2004). Introduction to occupation: The art and scienc of living. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 277-146.
- Decreto 16/2002 de 24 de enero, por el que se aprueba el reglamento regulador del régimen de acceso a las plazas en unidades de estancias diurnas en centros para personas mayores dependientes de la Administración de la Comunidad de Castilla y León y en las plazas concertadas en otros establecimientos. (publicada en el B.O.C.y L. nº21 de 30 de enero de 2002)
- Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P., Gershaw, N.J, y Klein, P. (1989) Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Barcelona. Martínez Roca.
- IMSERSO (2004). Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Madrid.
- Ley 39/2006 de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Aprobada por el Congreso de los Diputados el 30 de noviembre de 2006 (publicada en el B.O.E. nº 299 de 15 de diciembre de 2006). Artículo 2
- Martínez, T. (2011). La atención gerontológica centrada en la persona. Documentos de Bienestar Social. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 21- 52
- Michelson, L., Sugai, D.P., Wood R.P. y Kazdin, A.E. (1983). Social Skills Assessment and Training with children. New York: Plenum Pres recuperado el 1 de junio de 2016 de: http://www.down21.org/act_social/relaciones/1_h_sociales/definic_clasific.htm
- Millán, J.C. (2010). Gerontología y Geriátria. Valoración e intervención. Madrid. Editorial Medica Panamericana.
- Molina, C., Meléndez, J.C. y Navarro, E. (2008) Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia (Murcia). P.313 recuperada el 4 de junio de 2016 de: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/42861>
- Monjas, M.I. (1999) Programa de enseñanza de habilidades de interacción social para niños y niñas en edad escolar Madrid. CEPE recuperado el 1 de junio de 2013 de: http://www.down21.org/act_social/relaciones/1_h_sociales/definic_clasific.htm
- Moruno, P. y Romero, D.M. (2006) Actividades de la Vida Diaria. Barcelona. Masson.
- Parapar, C., Fernández, J.L., Rey, J. y Ruiz, M. (2011). Informe de la I+D+I sobre envejecimiento. Fundación general CSIC, noviembre 2010. Madrid.
- Pérez, I.P. (2000) Habilidades Sociales. Educar hacia la autorregulación. Conceptualización, evaluación e intervención Edit. Horsori. Barcelona.
- Ramos, F. (2001-2002) Salud y Calidad de vida en las Personas Mayores. Tabanque: revista peda-

gógica Nº16. P. 87 recuperada el 18 de mayo de 2013 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=743587>

Roley, S. S., DeLany, J. V., Barrows, C. J., Brownrigg, S., Honaker, D., Sava, D. I. y Youngstrom, M. J. (2008). Occupational therapy practice framework: domain & practice, 2nd edition. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 62(6), 625–683.

