



UCAV
CÁTEDRA
L A R E S

EVALUACIÓN DEL PILOTAJE DEL PROYECTO: “NUEVO MODELO DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES EN CASTILLA Y LEÓN. EN MICASA”.

INFORME

12 de mayo de 2014

Equipo investigador:

INVESTIGADORES:

Dra. Concepción Albarrán Fernández

Dr. Francisco Salinas Ramos

Dr. Pedro Más Alique

Dra. Paz Franco Módenes

Dra. Carmen Mateo Mateos

COLABORADORES:

Graduada M^a Carmen Gutiérrez

Graduada M^a Sonsoles Olmedo

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS REALIZADOS

CONCLUSIONES

LÍNEAS/PROPUESTAS DE FUTURO

INTRODUCCIÓN

Planteamiento

El nuevo modelo de atención residencial para personas mayores objeto de esta evaluación, el denominado “EN MI CASA”, tiene como finalidad conseguir la mejor calidad de vida posible para las personas mayores y pretende cubrir los deseos explicitados en diversos estudios y foros, relativos a cómo quieren vivir las personas durante ese periodo de su vida. La Gerencia de Servicios Sociales de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de Castilla y León ha constatado que en la mayor parte de los casos se pone de manifiesto que las personas mayores quieren seguir viviendo en “su propia casa”. No siendo siempre esto posible, consideran que sí se puede hacer de la vivienda alternativa un lugar grato y confortable, lo más parecido al propio hogar, en el que la persona siga manteniendo el control de su vida, se respeten sus derechos y decisiones, y no se interrumpa de forma brusca su proyecto y modo de vida anterior. Sobre la base de este planteamiento surge en la Comunidad de Castilla y León, el proyecto del nuevo modelo de atención a personas mayores en el medio residencial: Proyecto “En mi casa”.

Este proyecto, según indica la propia Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, apuesta por un nuevo modelo de derechos, que pivota sobre el principio de autodeterminación de la persona y que trata de superar el modelo actual basado en la satisfacción de necesidades y provisión de cuidados fundamentalmente asistenciales y sanitarios. Se sustenta en la “atención centrada en la persona” y los elementos que lo definen son:

- AUTONOMÍA DE LOS RESIDENTES, puesta de manifiesto a través de las siguientes características:
 - o Elección de horarios en la actividad diaria
 - o Elección de su propia imagen
 - o Elección de menús
 - o Elección de actividades

- PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA; para ello se utilizará la “Historia de Vida” (Documento en el que se reflejan los acontecimientos

más importantes de sus vidas, los aspectos positivos, sus capacidades, sus ilusiones, sus realizaciones, sus relaciones) y el “Proyecto de Vida” (Documento en el que se consignarán las metas que la persona se propone, sus sueños, preferencias, gustos, intereses, y los recursos y apoyos necesarios para conseguir los objetivos requeridos para su logro o satisfacción).

- **ASPECTOS ORGANIZATIVOS DEL CENTRO:**
 - ✓ Existencia de un profesional de referencia (un miembro del personal de atención directa que asume la función de valedor de la persona y se ocupa, en términos generales, de gestionar su proyecto de vida en todos los aspectos o contenidos que la persona requiera) para la persona mayor teniendo a su cargo un máximo.
 - ✓ Ratio en profesionales de atención directa: se establece en función de la franja horaria: en horario de mañana, y de lunes a domingo, la ratio será de 2 profesionales de atención directa por unidad; y en horario de tarde, de lunes a domingo, esta ratio será de 1'5 profesionales por unidad.
 - ✓ Evitar rotaciones en horario de mañana (aspecto inicialmente no obligatorio, pero sí recomendable)
 - ✓ Invitación a la participación de la familia (programa específico). El rol central de la familia es el de participación y colaboración. Se trata de establecer alianzas y compartir alineamientos, no rivalidades o enfrentamientos.
 - ✓ Diversidad de menús
 - ✓ Actividades significativas incluidas en la cotidianeidad del hogar: preparar comidas, lavar la ropa, coser, tejer, cuidar las plantas, etc.
 - ✓ Ausencia de uniformes; un hogar no es una institución.

- **ELEMENTOS ARQUITECTÓNICOS:**
 - ✓ Módulos de convivencia de doce-quince personas.
 - ✓ Habitación individual de ocupación doble (máximo 2 habitaciones de uso doble) con baño privado.
 - ✓ Cocina, cuarto de estar, rincón del lavado.

- **AMBIENTE PROPIO DE UN “HOGAR”,** para lo que utilizarán elementos relacionados con la calidez del espacio (luces indirectas, rincones de estar, cortinas, cojines, cuadros, lámparas...) decorado con la participación de los usuarios de cada unidad.

Evaluación del pilotaje del modelo de atención “En mi casa”

La implantación de este modelo de atención a las personas mayores en el ámbito residencial supone un importante cambio respecto a la situación anterior y todos los colectivos de personas afectados por él van a notar sus efectos. Por eso y, puesto que todo cambio de modelo supone un esfuerzo, para determinar la conveniencia de su aplicación es necesario constatar sus beneficios. Para ello, la Gerencia de Servicios Sociales ha puesto en marcha un Pilotaje en la Comunidad Autónoma. Esto lo ha hecho implantando como proyecto piloto en 9 residencias de la Comunidad, con características muy heterogéneas el nuevo modelo de atención.

Las residencias elegidas para el análisis presentan características muy heterogéneas:

- ✓ Unas son privadas y otras son públicos
- ✓ Unas están en el medio urbano y otras en el medio rural
- ✓ Unas tienen ánimo de lucro y otras no

Este criterio de elección, junto a la lógica disparidad de las personas objeto de estudio, condiciona los resultados de su evaluación pues se comparan cosas distintas, si bien tienen en común el atender a personas mayores y haber decidido de forma libre participar en el proyecto piloto comprometiéndose a crear una unidad de convivencia con todas las características que se definen en el proyecto “En mi casa”.

Los centros residenciales que se han elegido como piloto son:

- En la provincia de Ávila: 1 Unidad de Convivencia
- En la provincia de Burgos: 1 Unidad de Convivencia
- En la provincia de León: 1 Unidad de Convivencia
- En la provincia de Palencia: 1 Unidad de Convivencia
- En la provincia de Salamanca: 1 Unidad de Convivencia
- En la provincia de Segovia: 1 Unidad de Convivencia
- En la provincia de Soria: 4 Unidades de Convivencia
- En la provincia de Valladolid: 1 Unidad de Convivencia
- En la provincia de Zamora: 1 Unidad de Convivencia

En cada una de las residencias elegidas como centro piloto se ha puesto en marcha una unidad de convivencia en el primer semestre de 2013, a excepción de la residencia de Soria (Los Royales) que comenzó a implantar

el nuevo modelo de atención en el 2012. La Unidad de Convivencia es definida como:

“Conjunto de instalaciones, servicios y relaciones que permiten que un número de entre 10 y 15 personas usuarias puedan seguir realizando, con los apoyos necesarios, su vida cotidiana de la forma más autónoma posible”.

La hipótesis de trabajo de partida es, a su vez, la siguiente:

“El nuevo modelo de atención residencial mejora el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores y, además, es sostenible”.

Con la finalidad de poder comprobar el cumplimiento de esta hipótesis, se van a medir y evaluar de forma planificada diferentes aspectos y dimensiones que se han identificado como componentes de la mejora pretendida e indicadores de la hipótesis de partida planteada. Para ello, se ha realizado la evaluación a partir de un “experimento social”, entendiendo como tal la aplicación de un cambio controlado en un contexto, realizando un seguimiento permanente de los impactos que el cambio general en diferentes dimensiones sociales y, con tal fin, en la evaluación se incorpora la comparativa de las unidades de convivencia elegidas (población intervenida) con poblaciones de control (personas institucionalizadas en las residencias atendidas por medio del modelo de atención tradicional).

Se ha de señalar que se han utilizado diferentes instrumentos de evaluación con los que comprobar la hipótesis de partida en función del aspecto y dimensión concreta a evaluar.

Con la finalidad de comprobar la mejora en el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores residentes se han empleado dos tipos de instrumentos:

a) Escalas estandarizadas de valoración; la escala FUMAT para evaluar la calidad de vida, el índice de BARTHEL para valorar el nivel de dependencia/independencia de las personas en las actividades de su vida diaria, la escala MINIMENTAL para medir el deterioro intelectual/déficit cognitivo y, la escala QUALID para evaluar la calidad de vida cuando la persona presenta un deterioro cognitivo grave.

b) Variaciones producidas en unas variables elegidas como indicadores del grado de salud y atención sanitaria en este estudio (psicofármacos, contenciones, presencia de úlceras por presión, agitación, caídas, deshidratación, incontinencia, dolor, tratamiento antidepresivo, personas encamadas, enemas/irrigaciones, demanda sanitaria, salidas a urgencias/hospitalización, movilidad, personas con alimentación enteral, túrmix y alteración alimentaria).

Considerando que el éxito de este proyecto pasa por producir mejoras tanto en las personas mayores residentes como en otras directamente relacionadas con ellas (familiares y profesionales que los atienden), se han utilizado otros instrumentos de valoración de los efectos del proyecto sobre el bienestar de estos colectivos.

Así, se han realizado encuestas de satisfacción a los familiares de las personas mayores residentes. Por su parte, se ha empleado el cuestionario de Maslach Burnout Inventory para valorar el efecto que produce sobre el desgaste profesional del personal de atención directa el Nuevo Modelo de Atención que se propone.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS REALIZADOS

Con la finalidad de comprobar científicamente la hipótesis de partida: “El nuevo modelo de atención residencial mejora el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores y, además, es sostenible” así como valorar el impacto de este nuevo proyecto en las personas directamente relacionadas con las personas mayores residentes destinatarias del nuevo modelo de atención (familiares y profesionales de atención directa) se han realizado diversos análisis estadísticos.

Estos análisis estadísticos se han realizado a partir de los datos proporcionados por la propia Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León y, por las características del experimento social diseñado presentan algunas limitaciones. En concreto, queremos destacar las siguientes:

- ✓ Los individuos que forman parte de los grupos control y experimental de las diferentes residencias no han sido elegidos con criterios homogéneos (índice de dependencia y demencia de partida y edad, entre otros) y esto condiciona los análisis de los resultados obtenidos.
- ✓ Sólo existen datos de satisfacción de los familiares de los residentes en una residencia, la de Soria y, por tanto, las conclusiones obtenidas no se pueden extrapolar al resto de residencias que están aplicando el nuevo modelo de atención.

Análisis de las escalas de valoración

Como se ha comentado anteriormente, se han realizado análisis estadísticos para estudiar la evolución de la calidad de vida de los internos a partir de los registros de la ESCALA FUMAT, para valorar el efecto sobre el nivel de dependencia/independencia en las actividades de su vida diaria el ÍNDICE de BARTHEL, para medir el deterioro intelectual/déficit cognitivo la ESCALA MINIMENTAL y para analizar la evolución de la calidad de vida en los residentes con deterioro cognitivo la ESCALA QUALID.

Los análisis estadísticos se han realizado en todas las residencias que han participado en el pilotaje a excepción de la Residencia de Salamanca, de la que no había datos.

RESUMEN DE LOS RESULTADOS

Después de haber realizado un estudio detallado y pormenorizado de las residencias y de las escalas utilizadas para este informe, podemos concluir que aunque si bien no podemos hablar de forma generalizada en todas las residencias, la puesta en marcha y la implementación del nuevo modelo permite readaptar la presencia de la dependencia de los residentes en cuanto a lo relacionado con las actividades de la vida diaria. Y aunque en algunos casos la mejoría es apenas imperceptible, en otros nos permite hablar de recuperación evidente de facultades en la realización de este tipo de tareas. Por lo tanto, se afianza la hipótesis de beneficios concluyentes como consecuencia de la implementación de este nuevo proyecto.

El aspecto relacionado con la detección y presencia de deterioro cognitivo es bastante más controvertido, puesto que no se observa una mejora notable de las puntuaciones en prácticamente ninguna de las residencias. Es destacable que, en algunos casos, parece que las puntuaciones tienden a presentar el modelo alternativo como una buena herramienta que genere condiciones que permitan establecer aspectos de mejora pero no es un dato que acompañe a todas las residencias y por tanto, no podemos hablar de que haya cambios evidentes en este aspecto. Seguramente éste sea el que proporciona datos más encontrados entre la mejoría y cierto empeoramiento. Sería importante seguir trabajando en esta línea para poder determinar cuáles son los beneficios que presenta la aplicación de estas escalas.

Pero son sin duda las escalas que proporcionan un índice de calidad de vida las que mejores resultados obtienen en este estudio, confirmando la tendencia que ya aparecía en el informe preliminar presentado. En todos los casos, el índice de calidad de vida fue adecuado, razonable y con una línea ascendente que permite asegurar que el nuevo modelo de atención en mi casa implantado favorece el aumento en la calidad de vida de los residentes. Esto nos permite determinar que el proyecto que se ha puesto en marcha apoya manifiestamente la hipótesis de mejoría en la calidad de vida y en la habilitación y recuperación de competencias abandonadas o no desarrolladas por los residentes que forman parte de este estudio.

Análisis de las variaciones producidas sobre los indicadores de salud

Considerando que las personas mayores residentes deben tener la mejor calidad de vida posible y ésta, además de ir ligada a su bienestar emocional está también ligada al nivel de salud y bienestar físico que tienen, hemos asumido la propuesta de la Gerencia de Servicios Sociales de evaluar si el modelo de atención que propone el Proyecto En Mi Casa permite mejorar de alguna forma el bienestar físico de las personas que participan en el pilotaje. Se ha de tener en cuenta que la mayoría de las personas mayores residentes objeto del estudio presentan algún problema de salud ligado a la edad.

Las variables que eligió la Gerencia de Servicios Sociales a estudiar y con las que nosotros hemos trabajado –por ser aquellas de las que tenemos datos– son las siguientes: psicofármacos, contenciones, presencia de úlceras por presión, agitación, caídas, deshidratación, incontinencia, dolor, tratamiento antidepresivo, personas encamadas, enemas/irrigaciones, demanda sanitaria, salidas a urgencias/hospitalización, movilidad, personas con alimentación enteral, túrmix y alteración alimentaria.

Siendo conscientes de las limitaciones que tiene valorar el éxito de un modelo de atención sobre la base de las mejorías que sufran las personas mayores residentes en los ítems seleccionados –habida cuenta que estamos evaluando un modelo de atención a las personas mayores pero no un modelo de cuidados enfermeros hemos decidido trabajar con ellos en dos direcciones:

a) Analizando los cambios que se producen en cada uno de ellos en los grupos control y experimental de todas las residencias que han participado en el pilotaje.

b) Estudiando la evolución sufrida por cada uno de ellos agrupándolos en función de la relación que tienen con la producción de un determinado suceso en cada una de las residencias analizadas.

Para el análisis de los resultados se ha valorado la evolución de los residentes teniendo en cuenta los cambios positivos y negativos de cada ítem respecto al número total de individuos de cada grupo, control y experimental.

Se agrupan los ítems estudiados en tres grandes grupos según la comparativa de la evolución del grupo experimental frente al control:

- No hay diferencia entre el grupo experimental y control
 - contención
 - demanda sanitaria
 - nutrición enteral
 - deshidratación
 - hospitalización
- Grupo experimental evoluciona favorablemente frente al control
 - antidepresivos
 - encamados
 - enema
 - alteraciones alimentarias
 - dolor
 - caídas
 - agitación
- Grupo experimental evoluciona desfavorablemente frente control
 - movilidad
 - tranquilizantes mayores
 - hipnóticos
 - úlceras
 - incontinencia

FAMILIAS Y TRABAJADORES DE ATENCIÓN DIRECTA

Una vez analizado el impacto del nuevo modelo de atención que propone el proyecto En mi Casa sobre las personas mayores residentes, vamos a hacer un pequeño análisis del efecto de este nuevo modelo de atención sobre dos de los colectivos directamente relacionados con los mayores residentes; las familias y los trabajadores de atención directa.

El impacto sobre las familias lo vamos a analizar teniendo en cuenta sólo una de las residencias que han participado en el Pilotaje, la de Soria, pues es la única que ha proporcionado datos sobre el nivel de satisfacción de las familias. Por esta razón, consideramos que las conclusiones a las que nos lleva este análisis han de ser tomadas con precaución a la hora de hacerlas extensivas a otras residencias, si bien es cierto que permite conocer los efectos del nuevo modelo de atención en la residencia Los Royales.

Por su parte, el impacto sobre los profesionales de atención directa a las personas mayores residentes lo vamos a aplicar en todas las residencias que participan en el pilotaje utilizando como instrumento de evaluación el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson.

Análisis del nivel de satisfacción de los familiares de los residentes

Los Royales de Soria es la residencia de la región en la que se están aplicando en más unidades de convivencia el proyecto “En mi casa” y, es de las primeras en el tiempo, por ello, se ha comenzado ya a recabar información del nivel de satisfacción de los familiares de los internos que participan en el pilotaje del modelo.

A los familiares se les formularon tres preguntas o cuestiones:

1. ¿Cómo se encuentra su familiar este año en la Unidad de Convivencia en lo relacionado con su estado mental, su estado físico y su estado de ánimo? Un tercio de las personas de ambas plantas manifiestan que han mejorado en su aspecto físico y casi dos tercios reconocen que siguen más o menos igual que antes. Es insignificante quien dice que ha empeorado.

En cuanto al estado mental la mayoría manifiestan que su familiar sigue más o menos igual que antes.

En tercer lugar se quería conocer cómo ha influido en el estado de ánimo de los residentes el sentirse parte de una Unidad de Convivencia. La gran mayoría manifiestan que ha mejorado su estado de ánimo.

En resumen, la percepción de los familiares es de mejoría en lo físico y en el estado de ánimo, no así en el estado mental que perciben igual que antes o ha empeorado.

2. Diversas cuestiones en relación a su opinión sobre aspectos de organización y funcionamiento de las Unidades de Convivencia. Hay unanimidad en las respuestas, todos contestan afirmativamente, no hay respuestas negativas.

Estas cuestiones son:

- a. ¿Cree que en la unidad de convivencia hay un ambiente hogareño?
- b. ¿Cree que se respetan los gustos y deseos de su familiar?
- c. ¿Cree que en la UC se da una atención personalizada a su familiar?
- d. ¿Sabe usted quién es el auxiliar de referencia de su familiar, conoce sus funciones?

Se reconoce por abrumadora unanimidad que en la Unidad de Convivencia reina un buen ambiente, “como en su casa” un ambiente familiar, de hogar. Esta realidad está favorecida y fomentada por la atención directa y personalizada que se le presta no solamente desde la persona de referencia sino de todo el personal de la Unidad de Convivencia. Se tiene en cuenta y respeta los deseos y gustos de los residentes, lo que favorece la buena convivencia, es reconocido y valorado por los familiares el respeto que se les tiene. Como también se reconoce que la “atención centrada en la persona” es una realidad por que la practican con los residentes. Finalmente, la familia manifiesta conocer a la persona (auxiliar) de referencia de su familiar, así mismo dice conocer las funciones que desempeña el profesional de referencia.

3. En tercer lugar se presenta una batería de servicios y programas que ofrece el centro para ser valorados de 0 a 10 (siendo el 0 muy deficiente y 10 inmejorable)

Las opiniones de los familiares, se han agrupado en tres indicadores de satisfacción (ver tabla 6) considerando los siguientes indicadores:

- ✓ Muy satisfechos (inmejorable): Puntuaciones 9/10
- ✓ Satisfechos: Puntuaciones 7/8
- ✓ Más o menos satisfechos: Puntuaciones 5/6

No ha habido puntuaciones menores de 4

Son muy bien valorados también los profesionales del trabajo social, de la salud: enfermeras y médicos y las personas (auxiliares) de referencia. Los servicios de alimentación, higiene-limpieza son así mismos altamente valorados.

Análisis del nivel de desgaste de los profesionales de atención directa

Las personas que cuidan a personas (trabajadores).

En las ciencias sociales se dice que “la interacción es la esencia de la sociedad”. En esto están de acuerdo los expertos de las ciencias sociales, es decir que la sociedad empieza con la aparición de otro, pues el sólo hecho de sentirnos mirados, acompañados altera nuestra actitud. No en vano durante mucho tiempo la psicología social se viene preguntando: ¿cómo cambia el comportamiento de una persona cuando otra está presente?

El modelo de la “atención centrada en la persona” está en sintonía con el concepto de la relación de ayuda, del estar al lado del otro y del acompañamiento más horizontal mediante el que se facilitan apoyos para una vida familiar o en comunidad que se desenvuelva con la máxima autonomía e independencia posibles (Rodríguez, P. (2013): La atención integral centrada en la persona”, p. 107).

En este apartado se va a analizar las relaciones psicosociales de las personas (los trabajadores) que tienen un trato continuado con personas (las personas mayores de las Unidades de Convivencia) que demandan, muchas veces de forma continuada, su ayuda. Para poder estudiar esta interacción entre unas personas y otras y sobre todo cómo se perciben los trabajadores ante el desarrollo de sus actividades se ha utilizado como instrumento de valoración el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1986). Esta técnica ha sido utilizada en investigaciones que se han realizado en centros asistenciales de personas mayores.

Entre otros, los aspectos que se evalúan a través del cuestionario MBI son los factores de riesgo asociados a la realización de labores asistenciales, pues inicialmente fue creado para la evaluación del síndrome del burnout. El conjunto de ítems del cuestionario se agrupan en 3 dimensiones o subescalas, que son: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Conviene indicar también que el MBI valora las actitudes ante el propio trabajo que van desde la alta implicación o compromiso hasta el “burnout”.

De las 8 residencias de personas mayores que han participado en la experiencia piloto del modelo “En mi casa”, con 11 Unidades de Convivencia, en la escala Maslach han participado, en el grupo experimental, un total de 52 trabajadores, de los cuales sólo 4 son varones y el resto mujeres; en el grupo de control de los 35 participantes la mayoría son mujeres siendo 2 los varones. La media de edad de los trabajadores de ambos grupos ronda los 44 años. La participación de estas personas ha

consistido en contestar a un cuestionario de 22 items o frases, su respuesta podía oscilar entre 6 opciones, desde “nunca” hasta “diariamente”.

De la observación se puede afirmar, sin temor a equivocarse, que entre los trabajadores de las once Unidades de Convivencia, hay un bajo muy bajo nivel de agotamiento emocional y un muy bajo casi insignificante grado de despersonalización notándose una mejoría entre la primera información y la última. En cuanto al grado de “realización personal”, todos están por encima de los 40 puntos que se pide de corte para determinar que dichas personas se sienten realizadas, satisfechas y con clara sensación de logro.

CONCLUSIONES

El nuevo modelo de atención residencial para personas mayores que propone la Gerencia de Servicios Sociales de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de Castilla y León, “EN MI CASA”, permite mejorar la calidad de vida de las personas mayores que viven en las residencias así como su nivel de autonomía.

Los resultados obtenidos con la aplicación de las escalas ponen de manifiesto que el modelo de atención aplicado permite conseguir mejoras en las personas que han participado en el experimento social diseñado para la evaluación del pilotaje del nuevo modelo de atención a personas mayores residentes en Castilla y León según los datos obtenidos en la Escala FUMAT y en la Escala QUALID.

Asimismo, también se observa que las mejorías en los niveles de dependencia medidos por la Escala BARTHEL son siempre mejores en los grupos experimentales que en los de control.

Sin embargo, no podemos extraer ninguna conclusión significativa respecto a la evolución del deterioro cognitivo de las personas mayores que participan en el proyecto.

Respecto a la mejoría de los residentes en lo relacionado con los indicadores de salud, se encuentra un efecto claramente positivo en los siguientes indicadores: antidepresivos, encamados, enemas, alteraciones alimentarias, dolor, caídas, agitación e hipnóticos. En otros indicadores no se producen cambios distintos a los que se producen en el grupo control de las residencias.

Consideramos, no obstante, que los cambios producidos en los indicadores de salud están muy estrechamente ligados a las patologías que sufren los mayores residentes y, por tanto, una atención mayor no garantiza una mejora en ellos.

Respecto al efecto del nuevo modelo de atención sobre los familiares de los residentes decir que, según los datos obtenidos del estudio de los familiares de la residencia de Soria, los familiares de las personas mayores que participan en el nuevo modelo de atención están bastante satisfechos con los efectos que está produciendo este nuevo modelo de atención en las personas atendidas. Consideran que mejoran en lo físico y en el estado de ánimo, que en la Unidad de Convivencia reina un buen ambiente, “como en su casa”, un ambiente familiar y de hogar y, además hay una gran satisfacción por el hecho de que se hayan organizado y puesto en marcha las Unidades de Convivencia como un espacio donde la persona mayor

“vive como en su casa”, así como también por la atención, el cuidado y el trato que recibe por parte de los profesionales que trabajan en dichas Unidades.

En relación al efecto del nuevo modelo de atención en los profesionales de atención directa que trabajan en las residencias señalar que, según los análisis realizados, es positivo pues se encuentran con un muy bajo grado de agotamiento emocional y de despersonalización y con un muy alto reconocimiento de su personalidad, autoestima, compromiso y, por tanto, realización personal.

Por todo lo comentado, podemos señalar que según los análisis realizados, los efectos del nuevo modelo de atención residencial a personas mayores que propone en proyecto “En mi casa” son positivos en lo que a mejora de la calidad de vida de las personas mayores residentes, satisfacción de familiares y nivel de agotamiento de los profesionales de atención directa se refiere y, no están claros en lo que relativo a mejora en el nivel de deterioro cognitivo y de algunos indicadores específicos de salud.