

LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA. ALGUNAS CLAVES PARA AVANZAR EN LOS SERVICIOS GERONTOLÓGICOS

TERESA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

Psicóloga, Servicio de Calidad e Inspección de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias

Sumario

1. ¿QUÉ ES LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA?
2. UN BREVE REPASO A SU ORIGEN Y RECORRIDO EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES QUE PRECISAN CUIDADOS.
 - 2.1. Aportaciones de los movimientos internacionales en favor del cambio de modelo residencial para personas mayores.
 - 2.2. Aportaciones desde la atención a las personas con demencia.
 - 2.3. Desarrollo y aportaciones en España.
3. ALGUNAS CLAVES PARA APLICAR MODELOS DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN LOS RECURSOS GERONTOLÓGICOS.
4. EL MOMENTO ACTUAL DE LA ACP EN ESPAÑA: RETOS Y RIESGOS.
5. CONCLUSIONES. UN CAMBIO Y UN ESFUERZO QUE MERECE LA PENA.

PALABRAS CLAVE

Atención centrada en la persona; Servicios de atención a personas mayores; Calidad asistencial; Calidad de vida.

RESUMEN

El objetivo de este artículo es realizar una aproximación al enfoque de la Atención Centrada en la Persona (ACP) en los recursos gerontológicos así como señalar algunas claves para facilitar su aplicación. En primer lugar se enuncian los principios que orientan este enfoque en la atención a las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Posteriormente se revisa su origen así como las principales aportaciones e iniciativas llevadas a cabo en el ámbito internacional y en España. Seguidamente se abordan los factores y elementos que facilitan su implementación en los centros y servicios, proponiendo algunas fases para su desarrollo. Finalmente se analiza el momento de desarrollo de la ACP en España en cuanto a los servicios gerontológicos señalando algunos de los principales retos y riesgos que en la actualidad han de ser tenidos en cuenta y se destacan los beneficios que reporta este enfoque de la atención.

KEYWORDS

Person-centred Care; elderly care, welfare quality; quality of life.

ABSTRACT

The aim of this paper is twofold: (1) to present the Person Centred Care approach (PPC) from the perspective of how it can be applied to the gerontology resources and (2) to provide a few hints on how to facilitate its development. First, this paper lists the guidelines that lead the application of the PPC approach to the elderly in a frail and/or dependant situation. Secondly, the paper reviews the origin of this approach, as well as its main contributions and the initiatives that have been carried out both in Spain and internationally. Thirdly, it deals with the factors that can facilitate the implementation of the PPC approach into the services and proposes a number of phases that can bring progress in the implementation process. Then, it analyses the extent to which the PPC approach has been developed in the Spanish gerontology services where, in the last few years, there has been an increasing interest in this approach. Lastly, this paper points out some of the current challenges and risks but also the benefits that this approach brings.

1. ¿QUÉ ES LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA?

La búsqueda de la calidad de la atención no es algo nuevo en los servicios de atención social o sociosanitaria a las personas mayores. De hecho, en los últimos años en España se ha producido una clara mejora de los equipamientos y una progresiva profesionalización del sector gracias al esfuerzo tanto de las administraciones públicas como del sector privado y del conjunto de profesionales.

No obstante, los servicios que ofrecen cuidados a las personas mayores se diferencian no solo en cuestiones estructurales u organizativas sino en su modelo de atención y en la definición de la correspondiente buena praxis profesional, algo que en ocasiones se desatiende frente a la importancia que ha ido adquiriendo la gestión de los servicios. Los centros y servicios difieren en el grado de personalización que realmente prestan y especialmente en el papel que otorgan a las personas que atienden y en si éstas pueden ejercer control en su vida cotidiana y tomar sus propias decisiones (Martínez, 2009).

Si bien la personalización es un principio rector comúnmente enunciado en la atención gerontológica, puede quedar en la declaración de intenciones si en el día a día de los servicios y centros existe rigidez organizativa, no hay un suficiente conocimiento de las personas usuarias o se aplican procedimientos uniformes que no tienen en cuenta las costumbres y preferencias de éstas.

Recientemente se aprecia en el sector socio-sanitario de nuestro país un creciente interés

en los servicios gerontológicos hacia lo que se ha denominado la Atención Centrada en la Persona (en adelante *ACP*)¹. Enfoque que los países más avanzados en políticas sociales (Países Nórdicos, Reino Unido, Canadá, Australia o Estados Unidos, entre otros) vienen señalando como uno de los elementos clave para la mejora de la calidad asistencial a las personas mayores.

Precisamente los modelos de atención centrados en la persona buscan armonizar los sistemas organizativos de los servicios con las preferencias y deseos de las personas que precisan atención o cuidados. Desde este enfoque la gestión del centro o servicio es un medio que se debe supeditar a objetivos relacionados con la calidad de vida de las personas.

Entre los principios que suelen ser destacados en la *ACP* figuran: el reconocimiento de cada persona como ser singular y valioso, el conocimiento de la biografía, la apuesta por favorecer la autonomía de las personas mayores, la interdependencia de éstas con su entorno social o la importancia de los apoyos (Nolan y cols, 2004; McComack, 2004).

Morgan y Joder definen la *ACP* como un enfoque holístico en la atención desde el respeto y la individualización, permitiendo la negociación en la atención, ofreciendo elegir en la relación terapéutica y empoderando a las personas para que se impliquen en las decisiones relacionadas con su atención (Morgan y Yoder, 2012).

Desde el ámbito de la salud, el *IOM* (Institut of Medicine. National Academy of Sciences USA) señaló el enfoque *PCC* (Patient Centered

¹ Se opta por esta denominación como traducción del término *Person-Centred/Centered Care* (*PCC*), acuñado internacionalmente desde hace varias décadas y que viene siendo utilizado en campos como la salud, la atención a las personas con discapacidad o a las personas mayores que precisan cuidados de larga duración.

Care) como uno de los elementos críticos en la redefinición del sistema de salud para la mejora de su calidad (IOM, 2001). Este organismo define la PCC como la atención de la salud que establece la colaboración entre profesionales de atención, pacientes y familias cuando es necesario. Destacan el respeto y la respuesta individualizada a las preferencias, necesidades y valores del paciente asegurando que éstos guían las decisiones clínicas, así como el soporte educativo por parte del profesional para que las personas puedan tomar sus propias decisiones y participar en el autocuidado.

El NIRA (National Institute Research Ageing), organismo australiano, postula los siguientes principios rectores de la PPC aplicada en salud como enfoque clave para la mejora de la atención de las personas mayores: el paciente como persona; compartir poder y responsabilidad; accesibilidad y flexibilidad; coordinación e integración cuidado y ambiente (físico y organización) centrado en la persona.

Aunque se aprecian elementos comunes, el término Atención Centrada en la Persona no viene siendo utilizado desde una definición única (Morgan y Yoder 2012). En este sentido conviene señalar la coexistencia de diferentes acepciones de la ACP: como enfoque, como modelos conceptualizadores y como metodologías acordes a dicho enfoque (Martínez, 2011).

El enfoque hace referencia a la filosofía de la atención. La ACP como enfoque comprende un conjunto de principios o enunciados que orientan la atención. A modo de catálogo se proponen diez asunciones que caracterizan este enfoque aplicado a la atención gerontológica (Martínez, 2013).

Decálogo de la Atención Centrada en la Persona²

1. Todas las personas tienen dignidad.
2. Cada persona es única.
3. La biografía es la razón esencial de la singularidad.
4. Las personas tienen derecho a controlar su propia vida.
5. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía.
6. Todas las personas tienen fortalezas y capacidades.
7. El ambiente físico influye en el comportamiento y en el bienestar subjetivo de las personas.
8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas.
9. Las personas son interdependientes.
10. Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios.

Si bien es posible señalar un enfoque común en relación a la ACP, no se puede decir lo mismo sobre la existencia de un único modelo. De hecho las aportaciones son diversas y mientras que algunos modelos ofrecen marcos conceptuales de la ACP (Nolan y cols, 2004; Kitwood 1993,1997; Brooker, 2004, 2007; Rodríguez, 2010), otros han sido elaborados con objetivos más operativos como la construcción de instrumentos de evaluación señalando las dimensiones y factores que integran (Coyle and Williams, 2001; Chapell y cols, 2007; Edmondson y cols, 2010) o para servir de guía en procesos de mejora de la atención. Por ello quizás sea más correcto referirnos y hablar, en plural, de modelos que conceptualizan o desarrollan dicho enfoque. Observación similar sirve para

² Este decálogo que puede ser consultado en su total extensión en www.acpgerontologia.net

hacer referencia a las metodologías acordes a la *ACP*, gran parte de ellas dirigidas a facilitar la participación de las personas en sus planes de atención o intervención (planificación centrada en la persona).

Con independencia de estas cuestiones terminológicas, un aspecto fundamental que no podemos perder de vista es que la *ACP* aporta una visión radicalmente diferente de otros abordajes más clásicos que también buscan la atención individualizada. La principal diferencia estriba en el rol activo que la *ACP* otorga a las personas usuarias y las consecuencias que ello genera en la relación asistencial y en el modo de intervenir. La atención individual puede dirigirse a cubrir las necesidades de la persona sin tener en cuenta su participación en el proceso. Sucede en las prácticas de corte paternalista donde los profesionales son quienes deciden todas las cuestiones de la vida cotidiana de las personas, desde la creencia que al tener la condición de expertos son quienes mejor pueden discernir sobre lo beneficioso para éstas.

La *ACP* busca la personalización de la atención entendiendo que cada individuo se construye como persona en procesos de apertura y comunicación con los demás. Pretende que cada persona (incluyendo también a quienes tienen mermada su autonomía) tome un papel de agente central y, en la medida de lo posible, activo. El objetivo no es solo individualizar la atención sino empoderar a la persona desde la relación social para que ella misma pueda seguir, en la medida de sus capacidades y deseos, gestionando su vida y tomando sus decisiones.

Desde la *ACP* la autonomía se destaca como un valor nuclear de la atención y esto debe verse reflejado en la vida cotidiana. La

autonomía en estos modelos se concibe tanto como capacidad como derecho (López y Cols, 2004) y por tanto es objeto de apoyo y desarrollo para todas las personas incluyendo a aquellas que tienen un deterioro cognitivo avanzado. La autonomía se entiende como capacidad para tomar decisiones en lo que atañe a la propia vida y, además, como derecho a que todas las personas puedan seguir viviendo de forma acorde a los propios valores y preferencias aunque para ellos necesiten apoyos extensos por parte de otros y cuando es preciso ser representados.

En este sentido, es ilustrativa la comparación realizada por algunos autores (Sevilla y cols, 2009, López y Cols, 2004) diferenciando los modelos centrados en la persona de aquellos centrados en el servicio. Entre las características que diferencian los primeros de los segundos señalan que los modelos centrados en las personas: sitúan su foco en las capacidades y fortalezas de la persona (frente a los déficits y enfermedades); su intervención es global proponiendo planes de vida donde la persona participa (frente a intervenciones parciales destinadas a resolver problemas de las personas que perciben los demás); las decisiones se comparten con la persona y familia (frente a la decisión y poder único del profesional); ven a las personas dentro de su entorno y comunidad (frente al encuadre aislado en los servicios sociales); o el hecho de utilizar un lenguaje cercano y accesible (frente a un lenguaje clínico y repleto de tecnicismos).

2. UN BREVE REPASO A SU ORIGEN Y RECORRIDO EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES QUE PRECISAN CUIDADOS.

Es frecuente atribuir el origen de la ACP a Carl Rogers, psicoterapeuta enmarcado en la corriente de psicología humanística, quien formuló la Terapia Centrada en el Cliente (Rogers, 1961).

La Terapia Centrada en el Cliente parte de la hipótesis central de que el individuo posee en sí mismo medios para la autocomprensión y para el cambio del concepto de sí mismo, de las actitudes y del comportamiento autodirigido. En este proceso de cambio Rogers enfatiza la importancia que tienen las actitudes y cualidades del terapeuta (capacidad de aceptación incondicional del otro, la empatía y la autenticidad) para el buen resultado de la terapia, donde un rol no-directivo se considera un elemento esencial.

Las propuestas de Rogers han sido trasladadas a diferentes campos de intervención donde los profesionales mantienen relaciones de ayuda como la educación donde se habla de la atención centrada en el alumno, la salud donde se utilizan términos como medicina y salud centrada en el paciente o la discapacidad donde se hace referencia a la planificación centrada en la persona (Mount, 1990, Mount et al, 199, Moos y Widley, 2003).

Veamos a continuación algunas de las principales aportaciones que se han producido en las últimas décadas. Nos fijaremos en primer lugar en las procedentes del ámbito internacional, muchas de ellas derivadas de la búsqueda de modelos alternativos a las tradicionales residencias así como de la mejora de la atención

a las personas con demencia. Posteriormente nos referiremos al desarrollo de la ACP en los recursos gerontológicos españoles.

2.1. Aportaciones de los movimientos internacionales en favor del cambio de modelo residencial para personas mayores.

Diferentes modelos y programas que comparten el enfoque de la ACP han sido impulsados en distintos países desde movimientos que han ido surgiendo para mejorar y cambiar el modelo residencial.

Estos movimientos son fruto del rechazo de la ciudadanía a la atención y modo de vida que ofrecen las clásicas residencias institucionales caracterizadas por una organización con horarios y normas rígidas, escasa personalización y pocas oportunidades de que las personas decidan en su vida cotidiana. Nacen de la consciencia de la incapacidad de las residencias tradicionales para ofrecer auténticos hogares donde las personas mayores puedan seguir teniendo control sobre su vida cotidiana y sentirse "como en casa".

Aunque las alternativas desarrolladas son diversas, tienen elementos comunes y se enmarcan en lo que se ha acabado conociendo como el modelo Housing.

El modelo Housing apuesta por un despliegue diversificado de apoyos y recursos que permitan a las personas mayores seguir en su casa, incluso cuando éstas presentan niveles importantes de dependencia. Para los casos en los que, por diferentes motivos, la persona mayor no puede seguir viviendo en su casa se propone que la atención tenga lugar en alojamientos que además de proporcionar los

cuidados necesarios se asemejen lo más posible al concepto de hogar. La idea no es otra que vivir “fuera de casa, pero como en casa”. (Díaz-Veiga y Sancho, 2012; Rodríguez, 2011).

Los alojamientos que se enmarcan en el modelo Housing buscan garantizar el trato digno y la defensa de los derechos de las personas mayores y, especialmente, de quienes se encuentran en situación de dependencia y requieren, por tanto, ser cuidadas por otros. Cabe destacar algunas características comunes de estas viviendas (Libro Blanco Dependencia, 2005; Rodríguez, 2011, 2012; Díaz y Sancho, 2012):

- Combinan la existencia espacios privados que garanticen la intimidad (habitación individual) con otros comunes que potencian la actividad social (salón, cocina, jardines, etc).
- Apuestan por la organización en pequeñas unidades de convivencia (entre 6-20 personas).
- Permiten y animan a que las personas lleven sus propiedades (muebles, pertenencias) para construir un “hogar propio y significativo”.
- Buscan lograr un modo de vida parecido al hogar y proponen un abordaje terapéutico desde la realización de las actividades cotidianas y significativas para cada persona (cocinar, cuidar las plantas, salir a la compra, mantener contacto con otras personas, realizar sus aficiones, etc).
- Ofrecen atención profesional durante las 24 horas, integrando en la vivienda cuidados personales durante todo el día para las personas con altos niveles de dependencia.
- La atención se organiza desde el grupo de personas, desde sus ritmos y preferencias. La organización de la actividad cotidiana la deciden las personas mayores junto con los profesionales que les cuidan. Las actividades del día no se planifican desde horarios estrictos vinculados a las tareas asistenciales.
- Defienden la idea de “vivienda para toda la vida”, lo que implica que las personas que viven allí permanecen, si así lo desean hasta el final, no viéndose obligadas a trasladarse a otro recurso ante procesos de deterioro.
- Otorgan a las familias y allegados un papel central, facilitando su incorporación en la vida cotidiana de cada unidad.
- Son recursos integrados en el entorno. Por eso se facilitan salidas por el barrio (hacer la compra, dar paseos, ir a una cafetería, usar servicios culturales...) y el contacto con los vecinos y la comunidad.
- Las plantas y animales de compañía son frecuentes en estos alojamientos. También suelen tener un espacio o rincón donde puedan acercarse y jugar los niños.
- Los profesionales son polivalentes y cuentan con una formación importante. Además de ofrecer cuidados personales y soporte para la realización del conjunto de actividades cotidiana, es primordial la capacidad de escucha y las habilidades para buscar oportunidades y actividades que desarrollen autonomía, independencia y bienestar en las personas.
- Buscan la atención personalizada, teniendo en cuenta el modo de vida y preferencias

de cada persona, lo que incluye intervenir no solo desde la protección de la seguridad sino también desde la asunción de ciertos riesgos.

Los países nórdicos fueron pioneros abanderando ya en los años 60 un cambio de las tradicionales residencias hacia diversos modelos de viviendas con apoyos para personas mayores con diferentes grados de dependencia. Su apuesta fundamental ha sido integrar políticas de vivienda, sanidad y servicios sociales, impulsando viviendas con servicios de apoyo para las personas en situación de dependencia. Son frecuentes las viviendas en grupos muy reducidos de residentes que comparten espacios comunes con apartamentos privados. En Dinamarca desde 1987 (Housing for the Elderly Act) se abandonó la construcción de las residencias tradicionales.

Por su parte, en Estados Unidos en los años 80 se inició el denominado Cambio de Cultura en las residencias para personas mayores (The Culture Change Movement In Nursing Homes).

Ante un grupo de presión de consumidores, el Gobierno Federal aprobó la ley OBRA 1987 (Omnibus Budget Reconciliation Act) donde se formuló un nuevo marco normativo para las residencias (nursing homes). Se buscaba pasar de un modelo asistencial institucional sanitario a un modelo de verdadero hogar desde la atención centrada en la persona (Koren, 2010). De ahí surgieron nuevos modelos residenciales como el Household Model, la alternativa Eden, el Wellspring Model o el Green Houses, iniciativas que proponen un modo de vida similar al modelo Housing que acaba de ser descrito.

En cuanto a la implantación de estos nuevos modelos por la Unión Europea hay que decir

que el desarrollo ha sido desigual. En los años 90 se constituyó el grupo salmón (Saumon Group) precisamente para impulsar una red de unidades de convivencia como alojamientos alternativos a las residencias tradicionales. Muchas de las unidades de convivencia puestas en marcha fueron destinadas para personas con demencia. Las unidades de convivencia, también llamadas viviendas compartidas o Cantou (en Francia) se extendieron, además de por los países nórdicos, fundamentalmente por Holanda, Bélgica, Reino Unido, Alemania o Francia.

2.2. Aportaciones desde la atención a las personas con demencia.

Un campo en el que la ACP ha tenido un importante desarrollo ha sido el de la atención a las personas con demencias.

Tom Kitwood, fundador del Grupo de Demencias de la Universidad de Bradford (Bradford Dementia Group), acuñó el término Atención Centrada en la Persona con Demencia incidiendo en la urgencia de revisar los modos de atención existentes. Su publicación Demencia reconsidered: The person came first, enfatizó la necesidad de situar a la persona en primer lugar, antes que la enfermedad (Kitwood, 1997).

Según este autor la presentación de la demencia no solo depende del daño neurológico existente sino que existen otros factores que en su interacción resultan determinantes a la hora de entender el comportamiento y bienestar de cada persona como la personalidad, la biografía, la salud y la psicología social (entendida como el entorno social que rodea a la persona).

Kitwood puso de relieve la importancia de quienes acompañan a la persona con demencia en relación a su expresión emocional/conductual y a la reducción de la discapacidad, mostrando la necesidad de capacitar y modificar las actitudes y abordajes de los cuidadores. Incidió en que la falta de comprensión de las necesidades de las personas con demencia y una interacción negativa y poco comprensiva con éstas (lo que el propio autor calificaba de “psicología social maligna”), podía ser la causa de muchas alteraciones de conductas, que no son sino la forma en que las personas con demencia expresan su malestar y sus necesidades psicológicas y sociales no cubiertas. (Kitwood y Breeding, 1992; Kitwood, 1992, 1993, 1997).

Dawn Brooker, discípula de Kitwood, propone el modelo VIPS para formular a través de una ecuación los cuatro elementos constitutivos de la atención centrada en la persona con demencia (PPC= V+I+P+S). La V hace referencia a la valoración de la persona con demencia así como de las personas que están a su cuidado; la I al trato individualizado; la P a la perspectiva de la persona con demencia y la S al entorno social positivo donde la persona experimenta bienestar (Brooker 2004, 2005). Para cada uno de estos cuatro componentes se incluyen distintos indicadores que permiten evaluar el progreso en la mejora de los servicios (Brooker, 2007).

Otra aportación de gran interés del grupo de Bradford es el Dementia Care Mapping, instrumento de observación para evaluar el tipo de atención que reciben de las personas con demencia en los centros. Su interés radica en su pretensión de sintonizar con el punto de vista de las personas con demencias, registrando desde la observación externa la interacción de los cuidadores con éstas. El sistema de obser-

vación identifica tanto los detractores como los potenciadores personales, permitiendo, una vez registrados éstos, contar con ciertos indicadores y establecer líneas de mejora para favorecer el bienestar de las personas usuarias, fundamentalmente, a través de una interacción más positiva de los cuidadores (Wilkinson 1993; Williams y Rees, 1997; Wylie y Cols, 2002).

Esta mirada psicosocial de la demencia, donde la enfermedad o patología no es el aspecto único ni predominante, la toman otros modelos de intervención, orientados desde los principios que enuncia la ACP. Cabe citar, en esta línea, el Modelo de las Necesidades no cubiertas en las demencias, el Modelo del descenso del umbral del estrés, las aportaciones de Roles y autoidentidad o el método de estimulación de las capacidades de las personas con demencia desde las actividades cotidianas de María Montessori (Mitty y Flores, 2007). Todas ellas constituyen propuestas que suponen un giro importante en el abordaje de las personas con demencia y abren nuevas alternativas en las intervenciones.

2.3. Desarrollo y aportaciones en España.

El enfoque ACP, que como hemos visto cuenta ya con cierto recorrido en el ámbito internacional, todavía tiene una escasa presencia en los recursos gerontológicos de España, los cuales, especialmente en lo que atañe a las residencias, continúan orientándose desde modelos asistenciales muy tradicionales donde se priorizan los cuidados sanitarios frente a la propuesta básica del modelo Housing que no es otra que dispensar cuidados integrales profesionales (y por ello no de menor calidad) desde un ambiente que “parezca y funcione” como una casa.

Aunque en los años 80/90 se pusieron en marcha algunos proyectos pioneros inspirados en los nuevos modelos de alojamientos que se estaban iniciando en otros países³ no se llegó a producir un desarrollo significativo.

En esta época también en diversas Comunidades Autónomas se pusieron en marcha sistemas de alojamiento alternativos a las residencias. Estos incluyen las Viviendas Tuteladas, que suelen funcionar a modo de mini-residencias, los apartamentos para personas mayores o los acogimientos de personas mayores en familias ajenas a la propia. Sin embargo este tipo de recursos habitualmente ha estado limitado para personas con un buen nivel funcional, dejando fuera a las personas que precisaban cuidados personales, con el problema de que cuando sobreviene una situación de dependencia deben abandonar estos lugares para ser trasladadas a otro recurso, frecuentemente a una residencia.

A mediados de los noventa la Diputación Foral de Álava en colaboración con el SIIS-Centro de Documentación y Estudio editaron el Manual de Buenas prácticas en residencias de ancianos (SIIS-Centro de documentación y estudios, 1996) partiendo del programa británico *Homes are for living in* (Carrington, 1989) el cual ponía el énfasis en la protección de los derechos de las personas. Este primer documento cumplió en ese momento el importante cometido de comenzar a sensibilizar a profesionales y responsables sobre muchos de los aspectos de la vida cotidiana en los centros que debían ser mejorados.

Transcurridos estos años, en la actualidad se observa un creciente interés en el sector socio-sanitario por conocer y proponer nuevos modelos de atención, en coherencia con modelos de calidad

de vida, protección de derechos y orientación a la persona, aumentando la consciencia de la necesidad de generar cambios y mejoras en la red de recursos existente.

En primer lugar, desde un marco conceptual hay que citar la valiosa aportación realizada por Pilar Rodríguez quien propone el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (Rodríguez, 2010, 2011) destacando dos componentes para la mejora de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia; la integralidad y la orientación a la persona. Esta misma autora, desde la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, ha creado la Red Modelo y Ambiente para apoyar el intercambio de buenas prácticas, espacio muy recomendable que se está convirtiendo en un importante lugar de encuentro y referente para conocer iniciativas afines a este enfoque de atención.

En segundo lugar, cabe mencionar algunas publicaciones, diseñadas a modo de guías o manuales, que en estos años han tenido un importante papel en cuanto a la sensibilización y formación de los profesionales.

En esta línea resulta de gran interés la publicación del SIIS, *Los derechos de los residentes y las especificidades del medio residencial ¿cómo compaginarlos?* (SIIS-F. Eguía Careaga, 2005, 2011), un manual que permite reflexionar y proponer medidas concretas de mejoras en relación a la calidad de vida y los derechos de las personas. Cabe además mencionar el Proceso de Garantía de Calidad propuesto para la mejora de la atención en residencias desde este enfoque (SIIS- Centro de documentación y estudios, 2001, 2009).

³ Fue el caso de algunas Unidades de Convivencia para personas con demencia puestas en marcha por la Diputación Foral de Guipúzcoa, la Vivienda compartida de la Asociación Cicerón en Torrijos (Toledo) o el Cantou del Hospital Insular de Lanzarote.

Asimismo cabe destacar el trabajo impulsado por el Gobierno del Principado de Asturias en el que se elaboraron las Guías de Buenas Prácticas para residencias y centros de día de personas mayores y personas adultas con discapacidad (Consejería de Vivienda y Bienestar Social del P. de Asturias, Varios autores, 2009, 2010) orientadas desde modelos de calidad de vida y de atención centrada en la persona. En ellas se identificaron, a modo de intervenciones clave, 28 Buenas Prácticas que permiten orientar un proceso de revisión y mejora de los centros.

Otro documento que ha suscitado gran interés en el ámbito aplicado, es la Guía La atención gerontológica centrada en la persona (Martínez, 2011), editada por el Gobierno de País Vasco en colaboración con Fundación Matía donde se señalan cinco asuntos importantes para trasladar este enfoque de la ACP a la práctica: la autonomía, la intimidad, los entornos cotidianos significativos, la presencia de la familia, y los profesionales y la organización.

En tercer lugar, en relación a las escasas experiencias que han tenido como propósito aplicar estos nuevos modelos, hay que poner en valor por su carácter pionero y por su utilidad como un referente real para orientar el cambio, el proyecto Etxean Ondo (En casa, bien) promovido por el Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno del País Vasco desde una colaboración con Fundación Matía. Este proyecto se inició en el año 2011 para impulsar a la par de investigar, la aplicación de un modelo de atención centrado en la persona en domicilios y centros (residencias y centros de día). En el caso de las residencias, el cambio que se está liderando consiste en una reorganización de los centros residenciales en diferentes unidades de convivencia, lo que ha conllevado

además de ciertos cambios en el espacio físico, conseguir una mayor estabilidad del personal en estas unidades, la existencia de gerocultores de referencia y un nuevo diseño de las rutinas cotidianas acordes a las capacidades y preferencias de las personas (Díaz-Veiga y Sancho, 2012; INGEMA-Varios autores a, b 2012).

Para finalizar este breve recorrido, resulta también oportuno referir algunos otros ejemplos ilustrativos que, lejos de pretender hacer una relación completa de todas las iniciativas existentes, muestran el movimiento, todavía hoy muy incipiente y pendiente de resultados, que se está generando en el campo de la gerontología española hacia este enfoque de la atención. Es el caso, en el sector público, del proyecto para la mejora de residencias de la Junta de Castilla y León o el proceso de revisión iniciado para implantar el modelo de ACP en los centros gestionados por el Consorci d'Acció Social de Catalunya.

También hay que citar la apuesta por este enfoque que algunas entidades privadas como Alzheimer Catalunya, Intress o Cáritas (como el centro El Buen Samaritano-Churriana) vienen hace años manteniendo, o la reciente atención por parte del ámbito universitario, como es el caso de la Universidad de Vic que está incorporando acciones formativas relacionadas con estos nuevos modelos de atención.

Por tanto podemos concluir que en España, frente a otros países desarrollados, aunque se aprecia un momento de creciente interés hacia la ACP, todavía no se cuenta con el suficiente desarrollo ni con un generalizado respaldo institucional. Los resultados que vayamos conociendo serán fundamentales para afianzar estos modelos y también, cómo no, para ir delimitando el camino pendiente.

3. ALGUNAS CLAVES PARA APLICAR MODELOS DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN LOS RECURSOS GERONTOLÓGICOS.

Introducir cambios en los servicios y centros gerontológicos que vienen de modelos centrados en el servicio o la organización es posible pero no siempre resulta sencillo.

A tenor de las experiencias de mejora que se están llevando a cabo, es posible apuntar algunos elementos que parecen actuar como facilitadores del cambio. En este sentido un claro liderazgo de los responsables del centro u organización, el compromiso del conjunto de profesionales, la formación y el acompañamiento de los profesionales a lo largo de todo el proceso o la progresividad son factores importantes para el éxito.

Seguir algunas fases puede ser una buena opción para ayudarnos a liderar el cambio introduciendo progresivamente mejoras que sean posibles en los centros y servicios (Martínez, Díaz-Veiga, Sancho y Rodríguez, 2013).

Fase 1. Sensibilizar e informar a la propia organización y a otros agentes.

La sensibilización y comunicación a todos los implicados (no solo a todos los profesionales sino a las personas mayores y a las familias) resulta imprescindible. Es fundamental saber comunicar lo que supone este modelo de atención, haciendo hincapié en los beneficios que reporta, qué cambios se precisan y cómo se propone acometerlos. Es importante informar también a otros agentes clave como las organizaciones sindicales o la propia administración.

En esta fase tiene especial importancia detectar las dudas y resistencias, dejar que se expresen y abordarlas, ya que no podemos obviar que todo cambio genera resistencias, que con frecuencia son temores asociados al mismo (Collins, 2009).

Fase 2. Lograr un liderazgo del cambio interno y compartido.

El esfuerzo por parte del conjunto de profesionales resulta imprescindible y la mejora de las prácticas profesionales (obligación, por otro lado, inherente al ejercicio responsable de cada profesional) siempre es posible.

No obstante, cuando hablamos de promover un cambio de modelo de atención, si no se cuenta con un liderazgo de los responsables de los recursos u organizaciones, dicho cambio se verá muy limitado ya que, habitualmente, es preciso reorientar el concepto de atención y llevar a cabo modificaciones organizativas.

El liderazgo “por arriba” no puede ir solo. La participación y el compromiso de los profesionales son esenciales. No solo por parte del equipo técnico sino del conjunto de profesionales, especialmente de los gerocultores o auxiliares, figura que en estos modelos de atención es esencial al ser quienes apoyan a lo largo del día a las personas.

La formación de grupos líderes o promotores del cambio en cada centro o servicio puede resultar de gran ayuda. En las organizaciones o empresas que tienen diferentes centros proponer un grupo promotor intercentros también es una buena opción.

Fase 3. Evaluar y revisar nuestra práctica cotidiana.

En primer lugar es preciso evaluar y conocer la situación de partida de cada centro o servicio para así luego poder conocer el impacto de los cambios. La evaluación del impacto ha de ser diseñada teniendo en cuenta los tres grupos de personas que interactúan en el centro o servicio: personas usuarias, profesionales y familias, especialmente contemplando variables relacionadas con la calidad de vida.

Además de esta evaluación es recomendable realizar una revisión participativa o chequeo de cómo se está interviniendo en la actualidad. Instrumentos como el método de revisión interna participativa Avanzar en ACP (Martínez, en elaboración), o las recomendaciones que ofrece el documento Los derechos de los residentes y las especificidades del medio residencial ¿cómo compaginarlos? (SIIS-Centro de documentación y estudios, 2005, 2011), pueden ser de utilidad para chequear los procesos asistenciales desde descriptores de buena praxis definidos desde este modelo de atención.

Fase 4. Crear una ruta propia de mejora.

Es necesario saber adaptar el proceso de cambio a cada organización ya que cada realidad es diferente. Por eso es fundamental, conocer la situación actual de cada centro o servicio, las características de sus equipos directivos y profesionales, su historia, sus dificultades, sus límites, sus posibilidades y sus oportunidades. Resulta primordial ser capaces de consensuar y diseñar una propia ruta de cambio progresiva y asumible.

Hay que destacar de nuevo que la progresividad es un elemento esencial. En este sentido cabe proponer algunas recomendaciones de utilidad para abordar el proceso de mejora:

- Empezar con cambios en áreas que se consideran clave como la actitud de los profesionales, el ambiente físico o la organización y significatividad de las actividades cotidianas.
- Comprometerse con medidas posibles y programar planes de mejora temporalizados.
- Consensuar las medidas y cambios a llevar a cabo.
- Empezar con experiencias piloto no muy complejas que tengan probabilidades de salir bien. Contar, para las experiencias piloto, con profesionales voluntarios.
- Ser flexibles y estar abiertos hacia nuevas propuestas que vayan surgiendo, asegurando que sean acordes al modelo de atención.

Un asunto de gran relevancia es el de la formación y el acompañamiento a los equipos de atención directa en los escenarios cotidianos de cuidados.

Llevar a cabo una formación inicial no suele resultar suficiente ya que, no en pocas ocasiones, es preciso modificar "formas de hacer" que en ocasiones están muy automatizadas. Se requiere observación, reflexión y entrenamiento en los lugares reales de cuidado (en la residencia, en el centro de día, en el domicilio) para que realmente se transfieran los conocimientos a las prácticas cotidianas.

Fase 5. Evaluar los cambios y dar continuidad al proceso.

Una vez iniciado el proceso de mejora es fundamental realizar evaluaciones que sean asumibles de forma periódica para conocer los logros e identificar los aspectos que requieren mejora.

Documentar y compartir el conocimiento generado es básico para apoyar el avance y la consolidación de estos nuevos modelos aplicados de atención a las personas mayores.

4. EL MOMENTO ACTUAL DE LA ACP EN ESPAÑA: RETOS Y RIESGOS.

Como ya se ha indicado, en España nos encontramos en un momento de desarrollo inicial de este enfoque de atención.

El recorrido que otros países han tenido son un aval de la adecuación de los modelos orientados desde la ACP para generar mayor calidad de vida a las personas mayores que precisan cuidados.

Estamos en un proceso de construcción de nuevos modelos que permitan trasladar el enfoque ACP a nuestra realidad actual para progresivamente ir transformándola. Ello nos conduce a numerosos retos a los que dar respuesta y también nos sitúa ante ciertos riesgos que hemos de afrontar. Retos y riesgos que implican a muchos agentes: a profesionales, al movimiento asociativo de personas mayores, a las administraciones públicas y a la iniciativa privada. Detengámonos en algunos de ellos.

4.1. Los principales retos.

I. Recuperar/construir un nuevo rol profesional.

La ACP plantea una atención profesionalizada desde un modo de relación con las personas usuarias basado en su empoderamiento. Esto implica el cambio de un modelo de atención paternalista hacia un enfoque de derechos y de desarrollo de la autonomía de las personas, sin por ello alejarse de las praxis profesionales basadas en la evidencia científica.

En relación a los profesionales, cabe resumir que la ACP: a) supone un cambio de rol abandonando la idea de que el profesional es el único experto y, en consecuencia, quien ha de tomar en solitario todas las decisiones; b) recupera y refuerza competencias relacionadas con el acompañamiento, la provisión de apoyos, la orientación y la motivación; c) sugiere una nueva organización de los equipos de atención donde los gerocultores/as asumen nuevas competencias y, por tanto, precisan de una mayor cualificación, y donde el equipo técnico, además de seguir con gran parte de sus cometidos habituales asume nuevos roles relacionados con el asesoramiento y el apoyo a otros profesionales; d) apela a integrar las prácticas basadas en la evidencia que protegen a las personas y señalan beneficios terapéuticos con las preferencias y decisiones de éstas, lo que hace necesario que los equipos estén formados en métodos deliberativos que les permitan tomar decisiones prudentes.

II. Promover cambios en distintos ámbitos.

Para facilitar la extensión de modelos de atención centrada en la persona es necesario que se produzcan algunos cambios ya que

algunas circunstancias del sector sociosanitario y su actual regulación normativa suponen dificultades de partida en su aplicación.

Se precisa promover cambios: a) en el diseño arquitectónico y la configuración de los espacios físicos de los centros, especialmente de las residencias (Rodríguez, 2012 b); b) en los modelos de gestión del centro (procesos, protocolos, programas, normas, sistemas organizativos, etc) para que sean acordes a este modelo de atención; c) en las normativas (autorización, inspección y acreditación) para modificar requisitos que chocan con este modelo de atención (Vila, 2012) y d) en los sistemas de evaluación de la calidad que se centran solo en la calidad de la gestión (Leturia, 2012).

III. Diseñar y validar intervenciones y metodologías acordes a este enfoque.

No todos los modelos de atención, metodologías o intervenciones pueden ser considerados acordes a este enfoque aunque se acojan a la denominación ACP.

Precisamos disponer de un mayor conocimiento y realizar estudios en relación a asuntos como el diseño de intervenciones terapéuticas insertadas en actividades de la vida diaria significativas, la sistematización y validación de modelos aplicados y metodologías acordes a la Atención Centrada en la Persona así como el diseño y validación de instrumentos de evaluación (evaluación de personas y de servicios) orientados desde este enfoque.

IV. Lograr la eficiencia y sostenibilidad de los modelos aplicados.

Una dificultad que con frecuencia se oye es

la no sostenibilidad económica de los modelos que buscan la atención personalizada. Hemos de tener cuidado en no asumir "a priori" la no viabilidad del modelo y que este argumento se convierta en un freno o excusa para no iniciar cambios que se consideran positivos.

Los modelos basados en una atención centrada en la persona están ya extendidos por los países más desarrollados, tanto de Europa, como de Norteamérica y Australia (Rodríguez, 2012 a). Las investigaciones sobre el coste-efectividad realizadas no apuntan necesariamente a un mayor coste en recursos humanos cuando se apuesta por este enfoque de atención (Centro Documentación SIIS, 2011; Saizarbitoria, 2012) y distintos estudios muestran ahorros en costes indirectos como un menor consumo de fármacos o la reducción del absentismo laboral (Collins, 2009).

Es necesario contar con más información procedente de nuestros recursos que den cuenta de los costes reales según modelos organizativos diversos. Sin duda, un reto trascendental es lograr modelos aplicados capaces de ofrecer un mayor bienestar a los implicados en este proceso: personas mayores, familias y profesionales, que resulten asumibles.

V. Sensibilizar y crear una cultura de la calidad en los servicios gerontológicos orientada a las personas.

La implantación de sistemas de calidad en los recursos gerontológicos en España es todavía reciente y se viene desarrollando mayoritariamente desde la casi exclusiva atención a la calidad de la gestión. Calidad de gestión y atención deben ser compatibles y complementarias. La gestión debe estar supeditada y ser

coherente al modelo de atención (Martínez, 2011, Leturia, 2012).

Es necesario revisar el concepto de calidad en servicios sociales, evitando, entre otras cosas, otorgar a la seguridad la categoría de criterio único en la toma de decisiones o en el diseño de los recursos o intervenciones. Si se opta por una visión de la calidad orientada desde la calidad de vida de las personas, la protección de los derechos individuales y el desarrollo de la autonomía personal deben ser considerados asuntos nucleares. Es preciso que estos valores tengan mayor presencia y consideración en una "nueva cultura" de la calidad en los servicios de atención a personas en situación de dependencia.

4.2. Algunos riesgos.

Optar por modelos de atención centrada en la persona no siempre resulta fácil y en España tenemos todavía un largo camino por recorrer ya que la mayoría de centros y servicios han sido diseñados desde objetivos que buscan la eficiencia organizativa pero que están escasamente orientados hacia las personas.

Por ello, en este momento de evolución de los servicios gerontológicos en nuestro país, considero importante señalar algunos posibles riesgos que pueden dificultar el avance de estos modelos.

I. Simplificar lo que es y supone la ACP y los modelos que la desarrollan.

Es importante no quedarse en modificaciones no sustanciales, entender que cuando se parte de modelos muy orientados a los servicios es preciso afrontar cambios de "gran calado". No

suele resultar suficiente seguir unas cuantas recomendaciones de mejora aisladas que no respondan a un plan de mejora global, progresivo y congruente con el enfoque; también se ha de tener precaución ante respuestas tipo "eso ya lo hacemos" que a veces se emiten sin haber chequeado antes, a fondo, las intervenciones cotidianas desde criterios que definan y concreten este enfoque de atención.

II. Alejar o disociar este enfoque de atención de la evidencia científica.

Los modelos orientados desde la ACP han de integrar las prácticas basadas en la evidencia que señalan efectos positivos para las personas mayores (relacionados tanto con la protección como con el beneficio terapéutico) con el respeto a sus valores/preferencias/bienestar subjetivo. Es importante evitar esta disociación y considerar que ambas cuestiones han de ser contempladas.

En los casos donde se produzca un conflicto de valores (por ejemplo, cuando la persona desea algo que la buena praxis profesional señala como perjudicial), la deliberación ética se hace necesaria para tomar, siempre de una forma individualizada, decisiones basadas en la prudencia.

III. Creer que la Atención Centrada en la Persona propone una atención desprofesionalizada.

Supone un grave riesgo pensar que estos modelos no requieren cualificación por parte de los profesionales. Llegar a creer que con ser amables, afectuosos, o simplemente, con hablar y preguntar algo más a las personas ya es suficiente es un error.

Como se acaba de señalar, las prácticas basadas en la evidencia científica son imprescindibles para lograr una atención de calidad. Los profesionales deben estar debidamente cualificados y los procedimientos de atención sistematizados y bien fundamentados.

Los modelos de atención centrada en la persona no deben ser utilizados con el único propósito de ahorrar costes reduciendo recursos humanos ya que los profesionales, los equipos técnicos, siguen siendo muy importantes. Además, no se debe perder de vista que para reforzar o ampliar algunas competencias, los profesionales precisarán de una mayor formación.

IV. Pecar de exceso de confianza.

Dada la cercanía y relación de confianza que los profesionales pueden llegar a tener con las personas usuarias, no es extraño estar convencidos que no hace falta preguntar a las personas, porque "las conocemos muy bien... ya sabemos lo que quieren... siempre hacemos las cosas según sus gustos... no hace falta estar preguntando siempre...".

Como se ha insistido, la ACP es una forma de entender la relación asistencial desde el empoderamiento del otro. No se ha de olvidar que aunque la persona confirme lo que ya el profesional sabe, cuando se pregunta o se anima a elegir, no solo se ofrece la oportunidad de decidir (confirmando su elección habitual o quizás cambiándola) sino que además se otorga al otro el estatus de ser quien decide, quien dicta cómo quiere que su vida sea en ese momento concreto. Ello forja una forma de relación más horizontal y desarrolla el sentido de auto-eficacia en las personas.

V. La falta de autenticidad o caer en la inhibición profesional.

La ACP implica generar cambios sustanciales, tanto en la forma de entender la relación profesional como en el planteamiento organizativo. Es esencial que quienes lideran y desarrollan estos cambios crean en este enfoque; solo desde la autenticidad podrán ser efectivos los cambios en las organizaciones y en las actuaciones profesionales.

Además es importante discernir que el hecho de permitir y apoyar que las personas mayores tomen sus propias decisiones no significa que los profesionales carezcan de papel ni mucho menos de responsabilidad en la atención. En primer lugar, porque se ha de entender que el empoderamiento de las personas para decidir cómo quiere que sea su día a día, es un proceso que los profesionales deben apoyar, secuenciar y alimentar desde la escucha y la cercanía. Algunas personas mayores han podido llegar a perder el hábito de tomar decisiones y es entonces cuando se debe intentar que, dentro de sus capacidades, puedan retomar (al menos parcialmente) este control. En segundo lugar, porque no todas las decisiones están al alcance de las personas usuarias ni es posible respetar todas sus decisiones o preferencias. La autonomía tiene límites y los profesionales han de saber identificar las situaciones que requieren poner límites a la autonomía (como por ejemplo cuando las decisiones de la persona suponen un claro daño para la persona o suponen un perjuicio para otros) y, además saber, en estas circunstancias, cómo actuar desde la buena praxis.

VI. Llevar a cabo propuestas de cambio no planificadas o gestionar inadecuadamente el cambio.

Los cambios han de ser planificados y la improvisación debe verse reducida ya que no suele conseguir buenos resultados.

Conviene prevenir que se agote el entusiasmo que acompaña los primeros logros y diseñar estrategias que faciliten la continuidad del proceso articulando medidas que faciliten seguir avanzando, manteniendo y consolidando los logros.

Una comunicación poco efectiva, la falta de formación y apoyo a los profesionales, la ausencia de liderazgo o una escasa participación de los agentes pueden convertirse en dificultades determinantes.

5. CONCLUSIONES. UN CAMBIO Y UN ESFUERZO QUE MERECE LA PENA.

¿Merece la pena? Esta es la primera pregunta que deberá ser planteada, porque introducir cambios en los servicios que proceden de otra forma de entender la atención, es posible, pero no siempre resulta sencillo. Requiere compromiso y esfuerzo, tanto de la organización y sus responsables como de los profesionales.

Aunque es necesario contar con más estudios que aporten información sobre los beneficios de la ACP y sus diferentes modelos aplicados en los recursos españoles, existen ya algunos datos, fundamentalmente procedentes de estudios que proceden (suprimir, se repite) de otros países, que muestran los efectos positivos de la ACP tanto los servicios de atención a personas mayores como en servicios salud.

En esta línea, hace ya más de una década algunos estudios realizados en relación a unidades de convivencia promovidas por el Grupo Salmón presentaron resultados positivos relacionados con ganancias en calidad de vida de las personas (Leichsenring y Strümpel, 1998).

Por otro lado, distintas investigaciones llevadas a cabo para comprobar los efectos positivos de los nuevos modelos impulsados desde el Cultural Change Movement en EE.UU señalan también efectos positivos. Cabe citar los estudios realizados sobre la Alternativa Eden en los que se relatan mejoras en el estado de ánimo-disminución del aburrimiento y del sentimiento de desesperanza- (Bergman y cols, 2004), reducción de la depresión (Robinson y Rosher, 2006), o el estudio realizado sobre alojamientos del modelo Green Houses que muestra mejoras en calidad de vida percibida en las personas mayores que ahí residían en relación al grupo control (Kane et al., 2007).

Chenoweth et al., utilizando como instrumento de observación el DMC (Dementia Care Mapping) también encontraron resultados positivos en cuanto que se reducía la agitación de las personas con demencia en el grupo de personas mayores que eran atendidas desde la ACP frente al grupo control que recibían cuidado tradicionales (Chenoweth et al. 2009).

Una reciente revisión publicada (Brownie et al., 2013) en torno a distintos trabajos llevados a cabo en diferentes alojamientos acordes al modelo Housing muestra, por un lado, efectos positivos en dimensiones de calidad de vida percibida, mejora emocional de los residentes, incremento de satisfacción de las familias con la atención dispensada, cambio en la forma de trabajar y mayor satisfacción laboral asociada

por parte de los trabajadores de atención directa. En contrapartida algunos estudios arrojan el dato que en algunos casos se registra un incremento de caídas o se incrementa el riesgo de una peor nutrición.

Los estudios procedentes de modelos aplicados en los servicios españoles son todavía escasos. Cabe destacar las evaluaciones intermedias realizadas en el proyecto Etxean Ondo que en residencias y centros de día muestran en los residentes mejoras en la independencia y en calidad de vida; en los trabajadores un elevado nivel de satisfacción personal y laboral o un descenso del absentismo laboral; y en las familias una mayor satisfacción respecto al modelo de atención anterior (INGEMA-Varios autores, 2012 a y b; Díaz-Veiga y cols., 2012). Resultados necesarios y positivos que refuerzan la adecuación de estos nuevos modelos para ganar en calidad de vida, demostrando, además que es posible acometer cambios.

Para finalizar este artículo, a modo de resumen cabe concluir lo siguiente:

- La ACP es un enfoque de atención que cuenta con un recorrido de varias décadas tanto en salud como en los recursos que prestan cuidados de larga duración a personas mayores en los países más desarrollados.
- La puesta en marcha de modelos aplicados y experiencias en España es escasa aunque en la actualidad asistimos a un interés creciente. Ello conlleva afrontar diferentes retos y riesgos.
- La puesta en marcha de modelos aplicados hace necesario un claro liderazgo por parte de los responsables de los servicios así como

compromiso y cualificación del personal de atención directa al no ser un modelo desprofesionalizado.

- Se han señalado diversos beneficios de este enfoque, frente a los cuidados tradicionales, relacionados con ganancias en calidad de vida y mayor satisfacción de los profesionales y familias. No obstante es necesario disponer de más estudios que den cuenta de estos beneficios en nuestro contexto así como de las diferentes alternativas que ofrezcan servicios económicamente sostenibles.

Como hemos visto, el camino por recorrer es largo y nos pone delante algunos desafíos. Es de esperar que en estos próximos años nuevas experiencias aplicadas que hayan sido convenientemente evaluadas así como diferentes investigaciones aporten nuevas evidencias y un mayor conocimiento. Sin duda, un cambio, un camino y un esfuerzo que merecen la pena.

BIBLIOGRAFÍA

- BERGMAN-EVANS, B. "Beyond the basics: effects of the Eden Alternative model on quality of life issues", *J Gerontol Nurs*, 30, 2004, pp. 27–34.
- BROOKER, D. "Dementia care mapping: a review of the research literature". *The Gerontologist*, 45, 2005, pp.11-18.
- BROOKER, D. "What is person-centered care in dementia?" *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 2004, pp. 215–222.
- BROOKER, D. *Person Centered Dementia Care: Making Services Better*. London: Jessica Kingsley, 2007.

BROWNIE, S., NANCARROW, S. "Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review", *Clinical interventions in Aging*, 8, 2013, pp.1-10.

CARRINGTON ET AL. *Homes are for living in*. London: Department of Health, 1989.

CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS SIIS. "Atención comunitaria y atención centrada en la persona: Revisión de estudios de coste-efectividad" País Vasco: SIIS, 2011.

CHAPELL, NL., REID, RC., GISH, JA. "Staff-based measures of individualized care for persons with dementia in long-term care facilities", *Dementia*, 6, 2007, pp. 527-547.

CHENOWETH, L., KING, MT., JEON Y ET AL. (2009). "Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial". *Lancet Neurology*, 8, 2009, pp. 317-325.

COLLINS, JH. *The person centered way*. Lexington, KY, 2009, págs.180.

CONSEJERÍA BIENESTAR SOCIAL Y VIVIENDA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. VARIOS AUTORES. *Buenas Prácticas en residencias de personas mayores*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias, 2009.

CONSEJERÍA BIENESTAR SOCIAL Y VIVIENDA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. VARIOS AUTORES. *Buenas Prácticas en centros de día de personas mayores*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias, 2009.

COYLE, J., WILLIAMS, B. "Valuing people as individuals: development of an instrument through a survey of person-centredness in secondary care". *Journal of Advanced Nursing*, 36, 2001, pp 450-455.

DÍAZ-VEIGA, P., SANCHO, M. "Unidades de Convivencia. Alojamientos de personas mayores para 'vivir como en casa' Madrid, *Informes Portal Mayores*, nº 132, 2012.

EDWARDSSON, D., FETHERSTONHAUGH, D., GIBSON, S. "Development and initial testing of the person-centered care assessment tool (PCAT) *International Psychogeriatrics*, 22, 2010, pp. 101-108.

IMSERSO. *Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: IMSERSO, 2005.

INGEMA. VARIOS AUTORES. *Modelo de atención centrada en la persona mayor frágil institucionalizada*. Fundación Ingema, 2012 a. En: http://www.zuzenean.euskadi.net/s68-contay/es/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/proyecto_piloto_instituciones_memoria_final.pdf.

INGEMA. VARIOS AUTORES. *Modelo de Atención Centrado en la Persona y sus concreciones en la organización de la vida cotidiana: Intervenciones Terapéuticas basadas en la Vida Cotidiana y las preferencias de los usuarios*. Fundación Ingema, 2012 b. Disponibles en: http://www.zuzenean.euskadi.net/s68-contay/es/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/proyecto_intervenciones_cotidianas_memoria_final.pdf.

INSITUTE OF MEDICINE. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Vol. 6. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

KANE, RA., LUM, TY., CUTLER, LJ., DEGENHOLTZ, HB., YU T. "Resident outcomes in small-house nursing homes: a longitudinal evaluation of the initial Green House program", *J Am Geriatr Soc*, 55, 2007pp. 832-839.

KITWOOD, T., BREDIN, K. (1992) "A new approach to the evaluation of dementia care". *Journal of Advances in Health and Nursing Care*, 1(5), 1992, pp. 41-60.

KITWOOD, T. "Person and process in dementia", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 1993, pp. 541-545.

KITWOOD, T. *Dementia reconsidered: the person comes first*. Open University Press, Bucks, 1997.

KITWOOD, T. "Quality assurance in dementia care. *Geriatric Medicine*", 22,1992, pp. 34-38.

KOREN, MJ. "Person-Centered Care for nursing Home residents: The Culture-Change Movement", *Health Affairs*, 29, nº 2, 2010, pp. 321-317.

LEICHSENRING, K., STRÜMPEL, C. *L'accueil des personnes souffrant de démence en Petites Unités de vie*. Viena: Centro Europeo de Investigación en Política Social, 1998.

LETURIA, M. "Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de atención", *Actas de la Dependencia*, 5, 2012, pp. 43-66.

LÓPEZ, A., MARÍN, AI., DE LA PARTE, JM. "La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica". *Siglo Cero*, 35(1), nº 210, 2004.

MARTÍNEZ, T. "Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia". *Informes Portal Mayores*, nº 98, 2009.

MARTÍNEZ, T. *La atención gerontológica centrada en la persona*. Álava: Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales. Gobierno del País Vasco, 2011.

MARTÍNEZ, T. "Decálogo de la atención centrada en la persona", 2013, EN: www.acpgerontologia.net.

MARTÍNEZ, T., DIAZ VEIGA, P., SANCHO, M., RODRÍGUEZ, P. *Cuadernos Etxean Ondo. La atención centrada en la persona. Cómo aplicarla*. País Vasco: Gobierno del País Vasco-Ingema. En prensa.

MCCORMACK, B. "Person-centeredness in gerontological nursing: an overview of the literature", *International Journal of Older People Nursing*, 13, 2004, pp. 31-38.

MITTY, E., FLORES, S. "Assited Living Nursing Practice: The language of dementia: theories and interventions", *Geriatric Nursing*, Volume 28, Number 5, 2007, pp. 283-288.

MORGAN, S., YODER, L. "A concept analysis of person-centered care", *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 2012, pp. 6-15.

MOSS, K., WILEY, D. "A brief guide to personal futures planning", 2003, EN: <http://www.tsbvi.edu/attachments/other/pcp-manual.pdf>.

MOUNT, B., DUCHARME, G., BEEMAN, P. Person Centered Development. Manchester, CT: Communitas Inc., 1991.

MOUNT, B. Making Futures Happen: a Manual for Facilitators of Personal Futures Planning. St. Paul, MN: Governors's Council on Developmental Disabilities, 1990.

NOLAN, M., DAVIES, S., BROWN, J., KEADY, J. y NOLAN, J. "Beyon 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing", International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing 13, 3a, 2004, pp. 45-53.

ROBINSON, SB., ROSHER, RB. "Tangling with the barriers to culture change: creating a resident-centered nursing home environment", J Gerontol Nurs., 32, 2006, pp.19-27.

RODRÍGUEZ, P. "La atención integral centrada en la persona". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106, 2010.

RODRÍGUEZ, P. "Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir", Actas de la Dependencia, 3, 2012, pp. 6-40.

RODRÍGUEZ, P. (Coor). Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Diseño arquitectónico y modelo de atención. Madrid: Fundación Caser para la dependencia, 2012.

ROGERS, C. On Becoming A Person: A Therapist's View of Psychotherapy. London: Constable, 1961.

SAIZARBITORIA, M. "Revisión de estudios de coste-efectividad en servicios de atención comunitaria y atención centrada en la persona". Zerbitzuan, 51, 2012, pp. 107-118.

SEVILLA, J., ABELLÁN, R., HERRERA, G., PARDO, C., CASAS, X., FERNÁNDEZ, R. Un concepto de Planificación Centrada en la Personas para el siglo XXI. Fundación Adapta, 2009.

SIIS-CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS. Manual de buena práctica para residencias de personas ancianas. Vitoria: Instituto Foral de Bienestar Social, Diputación Foral de Álava, 1996.

SIIS-CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS. Garantía de Calidad-Kalitatea zainduz. Manual de aplicación en residencias para personas mayores. Donostia: Fundación Eguia Careaga, 2001, 2009.

SIIS-CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS. Los derechos de las personas mayores y el medio residencial, ¿cómo hacerlos compatibles? Donostia: SIIS-Fundación Eguía Careaga, 2005, 2011.

VILA, A. "Identificación de los aspectos normativos afectados por el desarrollo de los nuevos modelos de Atención Centrada en la Persona". País Vasco, Fundación Ingema, 2012. Disponible en: http://www.zuzenean.euskadi.net/s68-contay/es/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/Aspectos%20Normativos_final.pdf.

WILKINSON, AM. "Dementia Care Mapping: A pilot study of its implementation in a psychogeriatric service". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 1993, pp.1027-1029.

WILLIAMS, J., REES, J. "The use of 'dementia care mapping' as a method of evaluating care received by patients with dementia: an initiative to improve quality of life". *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1997, pp. 316-323.

WYLIE, K., MADJAR, I. AND WALTON, J. "Dementia Care Mapping: A person-centred approach to improving the quality of care in residential settings". *Geriaction*, 20 (2), 2002, pp. 5-9.