

**ATENCIÓ CENTRADA EN
LA PERSONA EN CENTRES
RESIDENCIALS I SOCIOSANITARIS**

Atenció centrada en la persona en centres residencials i socio-sanitaris

Maria Lourdes Amer Forteza

Iciar Ancizu García

Raúl Vaca Bermejo

Diego Espina Rosales

Natalia Monteagudo Palma

Resum

Assistim a un procés de transformació de l'enfocament assistencial en centres residencials marcat per l'impuls dels models d'atenció centrada en la persona que reconeixen els individus com a posseïdors de valors únics, amb dignitat inherent i una història vital que els caracteritza. A més, busquen millorar la qualitat de vida de les persones donant la màxima importància a l'exercici de la seva autonomia i al seu benestar subjectiu.

Partint d'aquesta perspectiva, es presenta el procés de revisió del model assistencial de SARquavita. Després del diagnòstic inicial, es dissenya una implantació en centres que contempla una formació inicial i un desplegament gradual, acompanyat d'un procés d'avaluació en el qual s'inclouen grups focals, diaris de camp, enquestes de satisfacció i motivació laboral i anàlisi d'indicadors clau.

Gràcies al diagnòstic, s'identifiquen tres àrees de treball principals: millora de la qualitat assistencial, treball en equip i comunicació entre professionals i amb l'entorn afectiu. El treball en aquestes àrees es concreta en una sèrie de compromisos específics que se centren a potenciar la presa de decisions compartida a través de la implantació del professional de referència, responsable del suport continuat i l'atenció al detall d'un grup reduït d'usuaris; establir els mecanismes que garanteixin la participació de la persona i el seu entorn afectiu en el procés d'atenció, i introduir nous instruments d'avaluació que permetin obtenir informació objectiva sobre les potencialitats de les persones i els seus nivells de benestar i qualitat de vida.

Resumen

Asistimos a un proceso de transformación del enfoque asistencial en centros residenciales marcado por el impulso de los modelos de atención centrada en la persona que reconocen a los individuos como poseedores de valores únicos, con dignidad inherente y una historia vital que los caracteriza. Además, buscan mejorar la calidad de vida de las personas dando la máxima importancia al ejercicio de su autonomía y a su bienestar subjetivo.

Partiendo de esta perspectiva, se presenta el proceso de revisión del modelo asistencial de SARquavita. Tras el diagnóstico inicial, se diseña una implantación en centros que contempla una formación inicial y un despliegue paulatino, acompañado de un proceso de evaluación en el que se incluyen grupos focales, diarios de campo, encuestas de satisfacción y motivación laboral y análisis de indicadores clave.

Gracias al diagnóstico, se identifican tres áreas de trabajo principales: mejora de la calidad asistencial, trabajo en equipo y comunicación entre profesionales y con el entorno afectivo. El trabajo en estas áreas se concreta en una serie de compromisos específicos que se centran

en potenciar la toma de decisiones compartida a través de la implantación del profesional de referencia, responsable del apoyo continuado y la atención al detalle de un grupo reducido de usuarios; establecer los mecanismos que garantizan la participación de la persona y su entorno afectivo en el proceso de atención, e introducir nuevos instrumentos de evaluación que permitan obtener información objetiva sobre las potencialidades de las personas y sus niveles de bienestar y calidad de vida.

1. Introducció

Els models centrats en la persona (ACP) advoquen per la **personalització** de les cures i l'adquisició d'unes actituds emmarcades en el corrent humanista de la psicologia per garantir el **respecte i el tracte digne a les persones**.

Després d'una intensa revisió bibliogràfica, SARquavitae adapta el seu model i procés assistencial sobre la base de tres enfocaments de l'ACP que es complementen i enriqueixen mútuament: model VIPS (Kitwood, 1997; Brooker, 2007; Brooker i Surr, 2009), l'atenció gerontològica centrada en la persona (Martínez, 2016) i l'atenció integral centrada en la persona (Rodríguez, 2013). Per altra banda, es va elaborar material formatiu tenint com a referència el model VIPS. Originalment, aquest model se centra en persones que tenen algun tipus de demència, però consideram que la seva base conceptual i tècnica s'assenta sobre principis universals aplicables en qualsevol entorn de cures, social o sanitari. Entre els aspectes clau del model s'inclouen (Brooker, 2007):

- Tractar les persones com a individus, tot fomentant els seus drets com a ciutadans; acceptar que cada persona té una trajectòria i personalitat úniques i uns recursos personals, familiars i socials concrets.
- Adoptar la perspectiva de la persona atesa; cada persona té les seves experiències i vivències pròpies i empatitzar amb elles té potencial terapèutic per ell mateix.
- Reconèixer que tota vida humana es fonamenta en relacions i que les persones a les quals cuidam necessiten un entorn social enriquit que compensi les seves limitacions i promogui les oportunitats de creixement personal.

De manera molt breu, els principals valors d'aquests models són els següents:

- Dignitat i respecte: el focus de l'atenció és la persona i no la seva malaltia. Així, prevalen les seves fortaleses i habilitats conservades, en lloc de les seves limitacions i debilitats, i es considera la persona com un fi en si mateix.

- Informació compartida: la persona atesa i el seu entorn afectiu han de rebre informació actualitzada i completa per participar en la presa de decisions.
- Participació: la relació de l'atenció ha de basar-se en la participació activa de la persona, independentment del seu nivell cognitiu o de l'estat físic i sense excloure els membres del seu entorn afectiu.
- Col·laboració: s'ha de comptar amb la persona atesa i amb el seu entorn afectiu en el desenvolupament, implantació i avaluació de les diferents iniciatives.

Els models d'ACP advoquen per treballar amb els professionals per ajudar-los a connectar emocionalment amb les persones ateses, a fi de garantir una bona actitud vers la persona cuidada. Així, la formació continuada i el reconeixement dels professionals són essencials. A més, es necessita la implicació dels professionals en els processos de decisió i una organització de les cures que permeti donar resposta a les necessitats i preferències de les persones cuidades.

La utilització de models d'ACP en centres sociosanitaris millora la qualitat de les cures. Això redunda en un major benestar emocional i satisfacció, tant de la persona cuidada i el seu entorn afectiu com del personal del centre.

En aquest context, a principis de 2014 es posa en marxa en la nostra organització un procés l'objectiu del qual era adaptar el nostre model assistencial per donar resposta integral a les necessitats de les persones que atenem amb un enfocament d'especialització en totes les àrees, en harmonia amb el seu projecte de vida i en el qual ha de prevaler el respecte a les seves preferències i l'atenció al detall.

S'espera aconseguir que l'entrada dels usuaris en un centre no suposi una ruptura radical amb la seva anterior forma de vida, sinó que suposi una nova etapa en la qual han de trobar el suport necessari per poder viure d'acord amb els seus objectius personals, tot tenint en compte les seves necessitats, desitjos i preferències. A més, s'espera augmentar la motivació i implicació dels professionals.

2. Mètode

2.1. Revisió i adaptació del model assistencial

Partint de la filosofia assistencial de l'organització, en la qual ja hi havia alguns elements propis dels models d'ACP (unitats de convivència, grups de cures reduïts, etc.) es dissenya un pla de revisió del model amb l'objectiu d'evolucionar-lo. Així, en primer lloc, es definiren

dos grups de treball diferenciats, en els quals estaven representades totes les categories professionals de l'organització. El seu treball es va estendre de gener de 2014 fins a abril de 2015.

El primer dels grups es va encarregar de definir i unificar tota la documentació i els processos assistencials existents, dissenyar i desenvolupar el material formatiu necessari per implantar les iniciatives resultants, pilotar-les en els centres i avaluar-ne el procés.

El segon dels grups estava constituït per quatre equips diferenciats en funció de la seva categoria professional (psicologia, fisioteràpia, teràpia ocupacional i animació sociocultural). Aquests grups adaptaren i actualitzaren els protocols assistencials, teràpies i intervencions dels diferents perfils professionals que treballen en l'organització en funció de l'evidència científicotècnica disponible.

2.2. Diagnòstic i formació

Una vegada revisats i elaborats els documents, va ser necessari dur a terme una formació intensiva per als professionals del centre en què s'havien de dur a terme les iniciatives resultants. Aquesta formació es va realitzar durant el mes de maig de 2015.

El procés de formació es va organitzar per categoria professional i hi participaren tots els professionals del centre. L'enfocament utilitzat va ser experiencial i vivencial perquè els professionals s'apropassin a la realitat del seus usuaris i interioritzassin de forma més àgil i profunda els supòsits de l'ACP i les actituds, els valors i la perspectiva ètica de la cura. El contingut va ser eminentment pràctic per reforçar les habilitats procedimentals enfront de les conceptuals. No obstant això, es va elaborar la documentació necessària per utilitzar-la com a guia de consulta. Finalment, es va establir un sistema d'acompanyament per als professionals dels centres per supervisar tot el procés i reforçar la formació, si era necessari.

Durant aquesta fase, es va fer també un treball de diagnòstic amb els professionals, en què s'exploraren les seves expectatives, els punts forts, les àrees de millora i què esperaven obtenir a nivell personal de tot el procés de canvi que s'havia de posar en marxa. S'identificaren les següents àrees de treball: millora de la qualitat assistencial, treball en equip i comunicació entre professionals i amb l'entorn afectiu. El treball en cada una de les àrees es va articular entorn de compromisos concrets que es varen implementar i avaluar posteriorment.

2.3. Implementació

Una vegada formats tots els professionals del centre es va començar el procés d'aplicació real de les intervencions proposades pel pla d'implantació que s'estructurava en

les següents àrees: revisió dels recursos materials i humans, revisió de les unitats de convivència, elaboració i implementació del protocol d'organització assistencial, revisió dels grups de cura, establiment del professional de referència, actualització de les reunions interdisciplinàries, impuls de mesures d'implicació de l'equip directiu, implantació dels nous registres i dels programes de teràpies i d'activitats d'oci.

2.4. Avaluació

En el disseny metodològic es varen diferenciar tres moments d'avaluació: l'avaluació prèvia a la intervenció, el seguiment del pilotatge i l'avaluació final. Es pretenia mesurar i explicitar l'impacte real de les accions proposades i la transformació del model assistencial de l'organització; analitzar, mitjançant indicadors objectius, el canvi de l'organització assistencial i de la rutina de treball dels professionals del centre; conèixer l'opinió i la impressió sobre la implementació de les accions plantejades en el projecte dels diversos col·lectius implicats i la valoració de l'experiència subjectiva dels usuaris i el seu entorn afectiu en relació amb l'atenció rebuda.

Tant en l'avaluació prèvia, realitzada abans de la formació, com en la final, realitzada durant el mes de desembre de 2015, es va utilitzar, per una banda, metodologia qualitativa, en concret grups focals, per analitzar les impressions i opinions dels col·lectius implicats en el projecte (professionals, usuaris i entorn afectiu). Per altra banda, es varen utilitzar mètodes quantitius. En concret, indicadors de l'activitat assistencial i de la motivació i satisfacció laboral dels treballadors del centre.

Mitjançant l'avaluació de seguiment es pretenia analitzar la implantació progressiva de les accions previstes pel procés. Es van elaborar diaris de camp que s'actualitzaven setmanalment, a fi de recollir la màxima informació possible sobre les resistències trobades, l'èxit de les accions posades en marxa i els factors que podrien tenir influència en el seu desenvolupament.

3. Resultats

El juny de 2015, s'inicià la implantació d'una sèrie d'**accions o iniciatives innovadores** diferenciades en funció del grup de beneficiaris al qual es dirigien (figura 1).

A continuació s'exposen els resultats obtinguts al centre SARquavitaie Costa d'en Blanes, a Portals Nous, Mallorca.

Per a l'avaluació, es varen establir tres grans grups d'indicadors: d'estructura, de procés i de resultats (satisfacció dels usuaris, familiars i treballadors).

Taula 1 | *Accions innovadores en el marc del procés de revisió del model assistencial*

Revisió dels protocols d'organització assistencial				
Usuaris	Entorn afectiu	Professionals	Organització	Comunitat
<ul style="list-style-type: none"> • Història de vida • Gusts i preferències • Acompanyar la persona en el seu projecte vital • Resposta de necessitats objectives i subjectives 	<ul style="list-style-type: none"> • Canal de comunicació directa i contínua • Aliats terapèutics 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforç de l'ètica assistencial • Professionals de referència • Reforç dels rols professionals • Reconeixement professional d'atenció directa • Acompanyament de la persona 	<ul style="list-style-type: none"> • Harmonització de les cures (necessitats, desigs i preferències) • Cures orientades a l'atenció del detall • Intervencions basades en l'evidència científica • Activitats significatives 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforç de l'ètica assistencial • Respects i defensa de la dignitat de la persona • Reforç de la integració en la comunitat • Reforç del voluntariat

Quant a l'estructura, es va elaborar un protocol d'organització assistencial que regeix l'activitat dels centres. Així, s'han treballat 271 documents, dels quals 212 són de nova elaboració i 59 han estat revisats. A més, fruit de la revisió de l'evidència científica disponible, s'han introduït nous instruments i valoracions que complementen les existents. Per millorar el procés d'avaluació, s'incorporà la valoració de l'estat global de la persona [GDS de Reisberg (Reisberg, Ferris, de Leon i Crook, 1982)], una valoració neuropsicològica completa en funció de l'estat cognitiu de la persona [Severe Mini-Mental State Examination (Buiza et al., 2011)], l'exploració neuropsicològica mínima en demències (Duque, 2015)], una valoració objectiva de qualitat de vida [l'escala FUMAT (Verdugo, Gómez i Arias, 2009)], una valoració d'oci i temps lliure, s'amplià la història de vida, s'introduí un qüestionari de gustos i preferències per recollir tots els aspectes relatius a la vida diària al centre i què proporciona benestar als usuaris; per últim, una valoració per àrees de les fortaleses i potencialitats conservades de la persona que poden orientar la intervenció. A més, es va realitzar una revisió de tots els programes de teràpia i activitats socioculturals actius en l'organització, es va actualitzar i unificar, d'acord amb l'evidència científica disponible. Finalment, es va revisar el procés de rotació dels professionals de base per minimitzar-la tot el possible amb l'objectiu de potenciar un coneixement profund entre el professional i l'usuari en la seva cura.

El setembre de 2015, s'inicià la implantació de les accions noves. Es va fer un seguiment del grau d'implantació d'aquestes innovacions al centre en dos moments, a final de 2015 i a final de març de 2017.

Taula 2 | *Implantació de les accions estratègiques*

	Desembre 2015	Març 2017
Usuaris del centre	133	115
Valoració de l'estat global	96,24%	98,26%
Història de vida	72,18%	99,13%
Valoració de la qualitat de vida	0,00%	78,26%
Valoració d'oci i temps lliure	92,48%	100,00%
Assignació del professional de referència	79,70%	100,00%
Qüestionari de gustos i preferències	79,70%	97,39%
Fortaleses en la valoració de fisioteràpia	21,05%	51,30%
Fortaleses en la valoració de necessitats	0,75%	1,74%
Fortaleses en la valoració d'oci	3,76%	14,78%
Fortaleses en la valoració ocupacional	0,75%	7,83%
Fortaleses en la valoració psicològica	0,00%	36,52%
Fortaleses en la valoració social	4,51%	8,70%
Activitat significativa registrada	21,05%	51,30%

Mitjançant la incorporació d'aquests nous registres es requereix aconseguir un alt grau d'especialització, posada al servei de les persones, tant en les avaluacions que es fan al centre com en les teràpies i activitats. A més, es requereix dotar les activitats significatives d'un paper central en el pla d'intervenció de les persones.

Els resultats obtinguts evidencien que la implementació d'eines d'avaluació i dels elements clau del model es pot realitzar en un termini de sis mesos i que cal un seguiment i desenvolupament posterior per garantir-ne la interiorització i consolidació. S'ha de prestar especial atenció al registre de l'activitat significativa i al registre de fortaleses i capacitats conservades dels usuaris, que són les que permetran personalitzar l'atenció al centre.

La **satisfacció i motivació laboral** dels professionals es va avaluar abans de la formació i passats set mesos de desplegament de les accions. En ambdues ocasions, tots els professionals del centre foren convidats a contestar de manera anònima el qüestionari elaborat *ad hoc* per a aquest procés amb un rang de resposta d'1 a 10. En la primera valoració es va obtenir una taxa de resposta del 64,79%, enfront del 46,67% obtingut en la segona avaluació. Les respostes s'analitzaren en funció de la categoria professional i es va comprovar l'existència de diferències estadísticament significatives (taula 2).

Taula 3 | *Estadístics descriptius obtinguts en l'enquesta de satisfacció i motivació laboral*

Categoria professional	Variable	Resultats					
		Abril 2015			Desembre 2015		
		N	Mitjana	Dev. tip	N	Mitjana	Dev. tip
Equip multidisciplinari	Satisfacció per treballar al centre	6	7,33	2,80	3	8,00	1,00
	Motivació actual	6	7,33	2,42	3	8,67	0,58
Equip tècnic	Satisfacció per treballar al centre	4	6,50	1,00	4	6,50	1,29
	Motivació actual	4	5,75	1,89	4	7,25	1,50
Equip d'infermeria	Satisfacció per treballar al centre	14	4,29	2,55	12	7,83	1,80
	Motivació actual	14	3,07	2,40	12	7,08	2,19
Professionals de suport i de S. H.	Satisfacció per treballar al centre	13	9,00	1,22	8	6,25	2,76
	Motivació actual	13	8,15	2,27	8	7,00	3,02

1: $p < 0,05$

Segons els resultats, pareix que les accions incloses en aquest procés de revisió del model assistencial suposen, per als professionals, una sortida de la seva zona de confort i que, per tant, es podrien trobar resistències en els equips que no treballen de forma coordinada i cohesionada. Resulta evident que es necessita una figura que lideri el desplegament de les accions al centre, de manera que n'estableixi la prioritat, que en faci el seguiment, que coordini tots els equips i que garanteixi el compromís amb el procés de tots els membres.

Per altra banda, l'anàlisi del contingut **dels grups focals** ha permès constatar que la figura del professional de referència necessita més temps per obtenir tots els beneficis potencials. No obstant això, els familiars dels usuaris valoren molt positivament la implantació d'aquest professional. Afirmen que ara saben a qui s'han de dirigir, la qual cosa els dóna seguretat i optimitza els canals de comunicació. Un altre dels aspectes destacats de manera general és l'augment del reconeixement de la labor de l'equip d'auxiliars, gràcies a la millora de la comunicació amb elles i al fet de fer-les partícips del procés de presa de decisions assistencials. Per altra banda, els membres de l'equip interdisciplinari consideren que hi ha un marge important de millora en la identificació de l'activitat significativa de la persona i el consegüent canvi de perspectiva en el plantejament dels plans d'intervenció. L'equip d'infermeria, format per DUE i auxiliars, detecta igualment un marge de millora en la relació i comunicació amb l'equip de direcció.

En analitzar el procés d'implantació, mitjançant els **diaris de camp** i els **informes de seguiment**, s'ha pogut establir un pla d'implantació tipus per a les accions que s'han de realitzar per a un desplegament posterior a la resta de centres de l'organització. Així, es distingeixen quatre fases amb una duració total ideal entre 6 i 8 mesos. En la primera, es fa el diagnòstic, amb una anàlisi dels recursos materials i humans disponibles i la formació de l'equip. En la segona fase es revisa l'ajust de l'activitat assistencial del centre amb el que estableix el protocol d'organització assistencial. Aquesta fase s'inicia després de la formació i continua fins al final del desplegament. En la tercera fase, es revisen i actualitzen els denominats grups de cures i el procediment de les reunions interdisciplinàries, a les quals s'incorporen les auxiliars, i en les quals s'analitza la informació aportada pels nous instruments de valoració. La quarta fase se centra en la introducció del professional de referència. Finalment, es pot afirmar que, per garantir l'èxit de les accions previstes, es necessita una important implicació de l'equip directiu del centre per coordinar i fer el seguiment exhaustiu de totes les tasques.

4. Conclusions

El procés de revisió del model assistencial de l'organització i la posada en marxa al centre del procés de canvi han actuat com un catalitzador que ha permès revisar la filosofia assistencial de l'organització i recuperar l'essència de les cures i reafirmar aquells elements positius ja presents en el model.

En aquest projecte s'han analitzat les inquietuds, expectatives i preocupacions de tots els implicats en el procés assistencial, des dels directors i responsables de l'entitat als usuaris i l'entorn afectiu, passant pels professionals d'atenció directa. Com a resultat s'ha obtingut una redefinició operativa del model assistencial de l'organització amb un important reforç de l'enfocament d'ACP que, alhora, ha desembocat en una redefinició de la qualitat assistencial.

Cada persona que viu als centres és diferent: té les seves pròpies necessitats, expectatives, desitjos, projectes i dificultats. Reconèixer la seva singularitat i compartir la seva història de vida és clau per proporcionar una atenció de qualitat.

Després del treball realitzat, els **eixos principals del model assistencial de SARquavita** són els següents:

- 1) La persona és protagonista del procés: l'atenció que es proporciona es basa en els drets, la independència i les eleccions, mitjançant una intervenció no directiva en què la persona es converteix en actor actiu.

- 2) L'individu no s'entén com una cosa aïllada, sinó que fa part d'un context familiar i comunitari.
- 3) El focus de la intervenció són les capacitats de la persona i el que ella triï. D'aquesta manera, és la pròpia persona qui decideix què és important i pren un rol de lideratge decidint quines oportunitats s'han de crear i quins suports necessita. Això implica un replantejament i una redistribució de rols i reconèixer que els professionals no són els «millors experts», sinó part del grup de suport.
- 4) L'ACP implica un procés flexible d'escolta, aprenentatge i acció. La intervenció ha d'orientar-se no només a les necessitats, sinó també als valors, els desitjos i les pròpies preferències, que han de ser revaluats periòdicament per tal de detectar-hi possibles canvis.

Aquest text reflecteix la preocupació de l'organització per millorar la personalització de l'atenció, amb l'objectiu d'aconseguir l'**excel·lència de les cures**. Aquest enfocament requereix un compromís ètic i tècnic que es plasma en un model assistencial propi, compartit per tots els professionals, que ha de vetllar per l'autonomia i el control de la persona cuidada sobre la seva pròpia vida. A més, per aconseguir aquesta meta, és essencial avaluar l'impacte de l'atenció rebuda sobre la seva qualitat de vida.

Per altra banda, és fonamental tenir en compte com influeixen les actituds i els comportaments personals dels professionals en l'atenció de les persones cuidades, el que Kitwood va denominar detractors i potenciadors personals.

Dissenyar, conceptualitzar i implementar un model d'ACP en centres residencials per a persones grans, com el de SARquavitae Costa d'en Blanes, implica conèixer la biografia de cadascun dels usuaris que atenem i, entorn d'aquesta biografia, organitzar la provisió de la cura. De manera inseparable, suposa donar una resposta professional a les noves necessitats que es presenten i sistematitzar la innovació en la cura com una pràctica habitual per millorar cada dia. També suposa comprometre's amb la recerca contínua de l'excel·lència del desenvolupament professional, a través de la reflexió participada, a fi d'assegurar la competència i la responsabilitat que mereixen les persones en situació de vulnerabilitat, guiats per un esperit de servei basat en el principi de «tenir cura com ens agradaria ser atesos».

En definitiva, la implementació d'una filosofia assistencial centrada en la persona requereix canvis culturals i organitzatius, dirigits a promoure una atenció integral i personalitzada amb efectes reals en la provisió de serveis. En el present article s'ha mostrat l'experiència de SARquavitae en la posada en marxa d'aquest procés de transformació que requereix un important compromís per part de l'organització, tant de recursos com de planificació. Pensam que aquest és el camí que s'ha de seguir en els pròxims anys i cada organització ha

de realitzar el seu propi recorregut sobre la base d'un bon diagnòstic inicial, un procés de formació adequat i un pla d'implantació amb objectius realistes i avaluables. Només així s'aconseguiran canvis que vagin més allà del discurs i que permetin col·locar les persones com l'eix d'actuació, tot tenint en compte les seves preferències i comptant amb la seva participació activa.

Referències bibliogràfiques

Brooker, D. (2007) *Person Centred Dementia Care: Making services better*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.

Brooker, D., Surr, C. (2009). *Dementia Care Mapping. Principios y práctica*. Barcelona: Alzheimer Catalunya.

Buiza, C., Navarro, A., Díaz-Orueta, U., González, M. F., Álaba, J., Arriola, E., Yanguas, J. J. (2011). Evaluación breve del estado cognitivo de la demencia en estadios avanzados: resultados preliminares de la validación española del Severe Mini-Mental State Examination. *Revista Española de Geriatría Y Gerontología*, 46, 131-138. doi: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.09.006>

Duque San Juan, P. (2015). *Exploración Neurocognitiva Mínima en Demencia (ENMdem)*. Sevilla: Ineuro.

Kitwood, T. (1997) *Dementia Reconsidered: the Person Comes First*. Buckingham i Filadèlfia: Open University Press.

Martínez Rodríguez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*. Colección Papeles de la Fundación, 3. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J. i Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136-1139. doi: <https://doi.org/10.1176/ajp.139.9.1136>

Rodríguez, P. (2013). *La atención integral centrada en la persona*. Colección Papeles de la Fundación, 1. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Verdugo Alonso, M. A., Gómez Sánchez, L. E. i Arias Martínez, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: la escala FUMAT*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO).

Autors

MARÍA LOURDES AMER FORTEZA

Llicenciada en Dret per la Universitat dels Illes Balears en 1993 i curs superior de direcció de centres de serveis socials per la Cambra de comerç dels Illes Balears en 2006. Va començar la seva carrera laboral com a advocada per a, en 2003, adquirir la responsabilitat de Directora Gerent de l'Institut Balear d'Afers Socials del Govern Illes Balears. En 2004, passa a dirigir el Departament Jurídic del Consorci de Recursos Sociosanitaris i Assistencials de Mallorca. Finalment, en 2006 s'incorpora a SARquavitae amb el càrrec de Directora Territorial Illes Balears.

ICIAR ANCIZU GARCÍA

Llicenciada en Psicologia i Doctora en Sociologia amb una trajectòria de més de 15 anys en el camp de la Gerontologia. Té àmplia experiència en el disseny, implementació i avaluació de projectes de millora de la qualitat assistencial en serveis d'atenció sociosanitària i en les àrees d'atenció centrada en la persona, cronicitat avançada i cures pal·liatives.

És Directora de Recerca i Innovació en Geriatrics-SARquavitae, companyia en la qual treballa des de fa 13 anys i és membre del Comitè d'Ètica Assistencial des dels seus inicis fa més de 10 anys.

RAÚL VACA BERMEJO

Llicenciat en Psicologia per la Universitat de Salamanca en 2009, màster en Psicogerontologia en 2011 per la mateixa Universitat i en Neuropsicologia en 2013. Va començar la seva labor professional com a investigador en la Fundació Ingema on es va centrar en l'estudi i intervenció amb persones amb demències avançades i en el concepte de qualitat de vida. En 2013 s'incorpora al departament de recerca de SARquavitae on centre la seva labor en les línies estratègiques de l'organització: atenció a persones amb trastorns neurodegeneratius, atenció centrada en la persona i cronicitat avançada i cures pal·liatives. A més, és membre del Comitè d'Ètica Assistencial de l'Organització.

DIEGO ESPINA ROSALES

Diplomat Universitari de Enfermeria per la Universitat del País Basc en 2004 i l'especialitat de Enfermeria Geriàtrica en 2014. Després d'explorar els diferents àmbits de la infermeria es va centrar en 2006 en l'àmbit de la geriatria realitzant primer labors més assistencials d'infermeria. En 2008, adquireix la responsabilitat de Coordinador d'infermeria del seu centre i, en 2015, passa a formar part de la Direcció-Tècnica Assistencial de SARquavitae.

NATALIA MONTEAGUDO PALMA

Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears en 2011, màster en mediació de conflictes familiars, civils i mercantils per la mateixa Universitat en 2013, i en 2015 expert universitari en gestió de centres de serveis socials i de tercera edat. Inicia la seva labor professional en 2014 com a mediadora en conflictes familiars de la Conselleria de menors i família del Govern dels Illes Balears. En 2015 s'incorpora a SARquavitae primer com a treballadora social de la residència Costa d'a Blanes i posteriorment com a coordinadora del servei de teleassistència. Actualment és la coordinadora del centre de dia Són Sardina d'aquesta organització.