

Informes **acp** gerontología

Nº 3. Atención centrada en la persona y características de los servicios gerontológicos

Teresa Martínez Rodríguez

2015



- 1** Introducción

- 2** El estudio realizado en población española
 - 2.1** La muestra utilizada
 - 2.2** El procedimiento seguido

- 3** Resumen e interpretación de los principales resultados
 - 3.1** Atención centrada en la persona y características de los centros
 - 3.2** Atención centrada en la persona y características de los profesionales
 - 3.3.** Atención centrada en la persona y estrategias organizativas y/o de intervención

- 4** Algunas conclusiones y recomendaciones

- 5** Limitaciones del estudio

- 6** Referencias

- 7** Agradecimiento y relación de entidades y centros que participaron en el estudio

1 Introducción

Sobre la serie Informes acpgerontologia

La serie *Informes acpgerontologia* ha sido ideada para divulgar y difundir contenidos éticos, técnicos y científicos en relación a la Atención Centrada en la Persona en el ámbito de los servicios gerontológicos.

Pretende apoyar la aplicación de este enfoque y los modelos e intervenciones afines al mismo desde la reflexión ética así como desde el conocimiento y la evidencia empírica.

Para ello en la misma se incluyen artículos, revisiones temáticas y resúmenes de investigaciones realizadas, en formato abreviado, de forma que se facilite un primer acercamiento al asunto planteado.

Sobre este informe

El título nº 3 de la serie *Informes acpgerontologia* resume los principales resultados obtenidos en un reciente estudio de ámbito nacional realizado en una amplia muestra de residencias y centros de día de personas mayores españolas con el objetivo de conocer qué características de estos servicios se ven asociadas a la aplicación de modelos orientados desde la Atención Centrada en la Persona (ACP).

Este trabajo explota parte de los datos recogidos en la tesis doctoral *La Atención Centrada en la Persona en los servicios gerontológicos. Modelos e instrumentos de evaluación* (Martínez, 2015), dirigida desde el Dto. de Psicometría de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo, cuyo principal objetivo fue la validación de pruebas de evaluación de servicios residenciales y centros de día desde este enfoque.

Los resultados que aquí se presentan, completan el trabajo doctoral previo y permiten ofrecer una primera aproximación sobre qué características de los servicios guardan una asociación significativa con el grado de ACP dispensada en residencias y centros de día que ofrecen cuidados de larga duración a personas mayores; concretamente se analiza la relación de la ACP con tres tipos de variables: características de los centros, de los profesionales y estrategias organizativas y de intervención.

El propósito no es otro que difundir de una forma sintética y accesible el trabajo realizado, dar a conocer sus principales resultados y conclusiones, así como ofrecer ciertas recomendaciones que sirvan para orientar la aplicación de modelos ACP en los centros que ofrecen cuidados de larga duración a las personas mayores.

Para citar este informe:

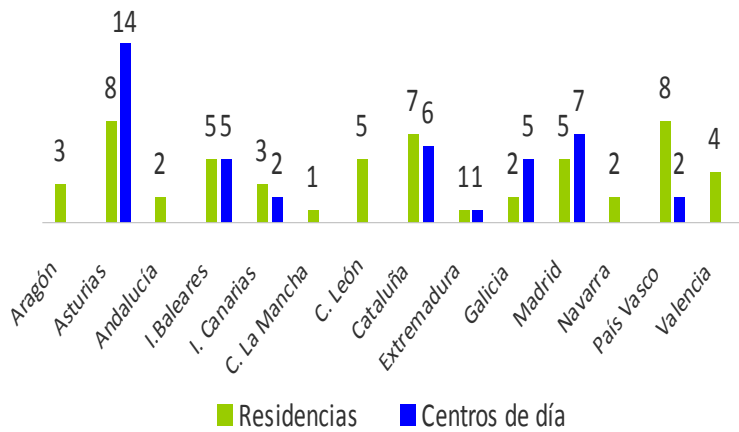
Martínez, T. (2015). *Atención centrada en la persona y características de los servicios gerontológicos*. Informes acpgerontologia, nº2. Disponible en www.acpgerontologia.com



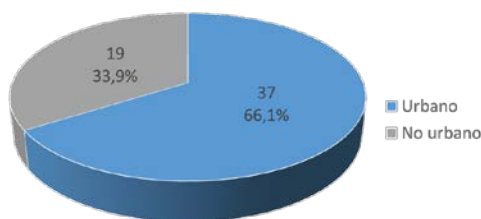
2 El estudio realizado en población española

2.1 La muestra utilizada

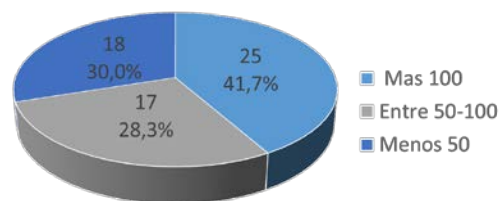
98 centros en 14 comunidades autónomas



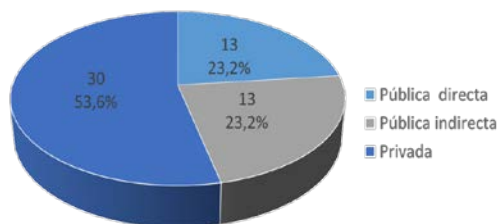
Residencias (56)



Ubicación



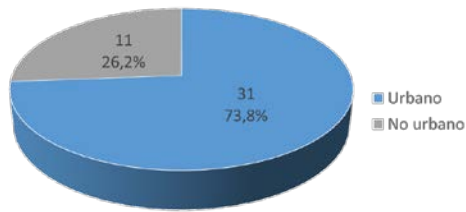
Capacidad



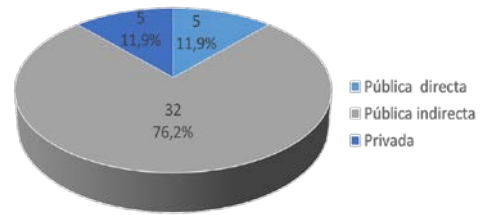
Modo de gestión



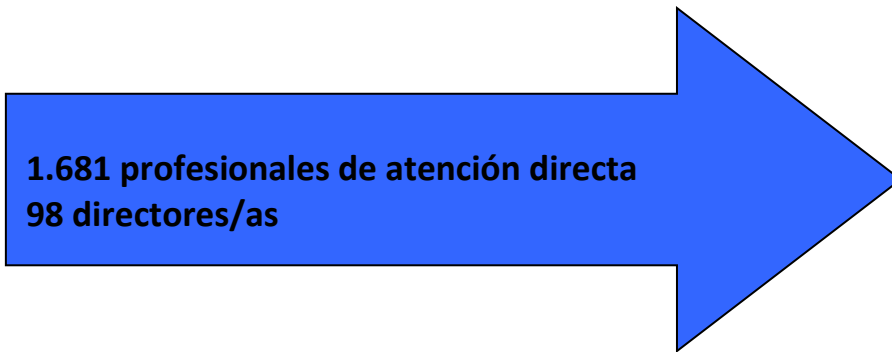
Centros de día (42)



Ubicación

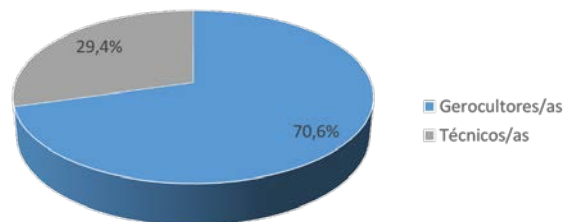


Modo de gestión

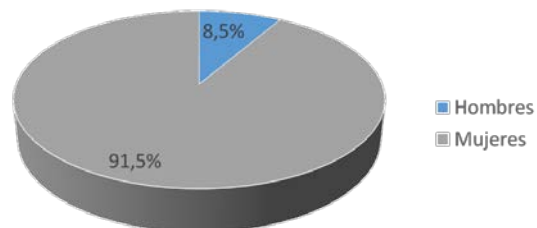


Residencias (1.339)

Categoría profesional



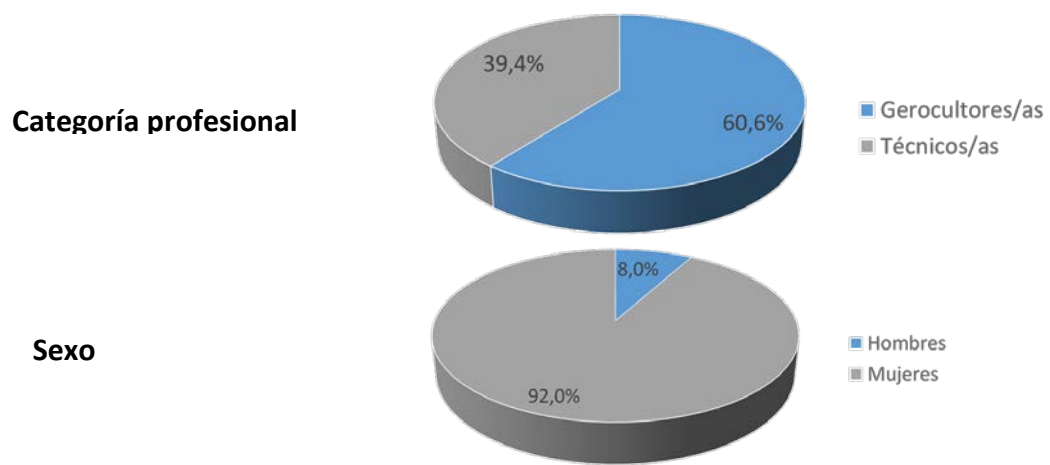
Sexo



- ➔ Edad media de los profesionales: 39,41 años
- ➔ Tiempo de prestación de servicios en el centro: 76,97 meses



Centros de día (342)



- ➔ Edad media de los profesionales: 41,46 años
- ➔ Tiempo de prestación de servicios en el centro: 77,17 meses

2.2 El procedimiento seguido

Recogida de información en residencias y centros de día

La recogida de información en los 98 centros se realizó en el periodo enero/abril de 2014. Con el objetivo de asegurar una adecuada recogida de datos se realizaron las siguientes acciones y se siguieron ciertos criterios.

- ➔ Contacto con los y las responsables de instituciones públicas y entidades privadas de diferentes comunidades autónomas informando verbalmente y por escrito del estudio, sus objetivos, metodología y condiciones de colaboración.
- ➔ Inclusión en el estudio de los centros que cumplían diversos criterios.

Criterios de inclusión:

- Ser un centro que figurara en el registro de centros residenciales autorizados por la comunidad autónoma correspondiente.
- Ser un centro dedicado a los cuidados de larga duración derivados de las situaciones de dependencia.
- Aceptar el compromiso previo de participación en el estudio según condiciones estipuladas. Entre ellas la de contar con dos figuras de contacto: director/a del centro y técnico responsable de la aplicación de las pruebas según indicaciones recogidas en el protocolo diseñado al efecto.

Criterio de exclusión:

- Centros donde se ofreciera atención exclusivamente a personas con un buen nivel de independencia y autonomía.
- Unidades de paliativos, de atención a agudos o de convalecencia
- Centros o unidades dedicadas exclusivamente a alojamientos temporales

- ➔ Evaluación de la ACP mediante las versiones españolas de *The Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT)* y *The Staff Assessment Person-directed Care (PDC)*.
 - ➔ Recogida de la información a través de aplicaciones colectivas en cada centro en varias sesiones para facilitar asistencia
 - ➔ Instrucciones idénticas para ser leídas en alto por los/as coordinadores/as en las diferentes aplicaciones.
 - ➔ Invitación a todos los y las profesionales de cada centro de dos grupos: gerocultores/as y equipo técnico (médicos/as, enfermeros/as, psicólogos/as, terapeutas ocupacionales, trabajadores/as sociales, educadores/as sociales, fisioterapeutas, etc.).
 - ➔ Participación de los/as profesionales voluntaria, anónima, confidencial y no remunerada.
 - ➔ Envío y recogida de los materiales por servicio de mensajería.
 - ➔ Entrega a los/as profesionales responsables de la recogida de datos de un certificado acreditativo de su colaboración en el estudio.
- ➔ Registro de un cuestionario de información descriptiva del centro y opinión de la atención por parte del director/a del centro.
- ➔ Devolución de la información posterior a los/as responsables de las entidades o centros, enviando un informe resumen de los resultados obtenidos en su centro en cuanto al grado de ACP dispensada.
- ➔ Procedimiento aprobado y supervisado por el Comité de Ética Asistencial de Matia Fundazioa / Fundación Hurkoa.

Variables estudiadas

Se analizaron las relaciones existentes entre ACP (evaluada a través del P-CAT), los diferentes componentes de la ACP (medidos a través del PDC) y diferentes variables de los servicios. Las variables incluidas en la investigación fueron las que seguidamente se relacionan y describen.

Características de los centros

- Tipo de recurso: Residencia / Centro de día
- Titularidad del centro: Pública / Privada
- Modalidad de la gestión de los y las profesionales: Pública directa / Pública indirecta (a través de conciertos con entidades o empresas) /Privada
- Tamaño del centro: nº de plazas
- Clima organizacional: Puntuación total en la escala CLIOR

Características de los profesionales

- Categoría profesional: Gerocultor/a / Técnico/a
- Grado de polivalencia de los/s gerocultores: Alta / Baja
- Burnout. Factores: Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización personal (Puntuaciones independientes en los tres factores del Inventario Burnout de Maslach).

Variables organizativas y/o de intervención

- Existencia de la figura del profesional de referencia: Sí/No
- Tipo de sistema de asignación de los gerocultores/as: Permanente/Rotación
- Tipo de unidad residencial: Modelo Tradicional (MT)/ Modelo *Housing* (MH)

Para considerar que una residencia respondía al MH, ésta debía cumplir los siguientes 5 criterios:

- a) Que las unidades convivenciales tuvieran una capacidad igual o menor a 20 plazas.



b) Que los y las gerocultores/as estuvieran asignados de forma permanente a cada unidad (es decir sin estar en un sistema de rotación por plantas o unidades).

c) Que los horarios y actividades cotidianas de cada unidad fueran flexibles y se decidieran en la unidad.

d) Que la decoración y el ambiente del centro fuera similar a la de una casa.

e) Que los cuidados se dispensan según necesidades y preferencias de las personas y no siguiendo protocolos preestablecidos según tareas asistenciales pautadas de forma genérica para todas las personas

- Participación de las personas usuarias en su plan personalizado de atención: Sí/No
- Participación de las familias en el plan personalizado de atención: Sí/No

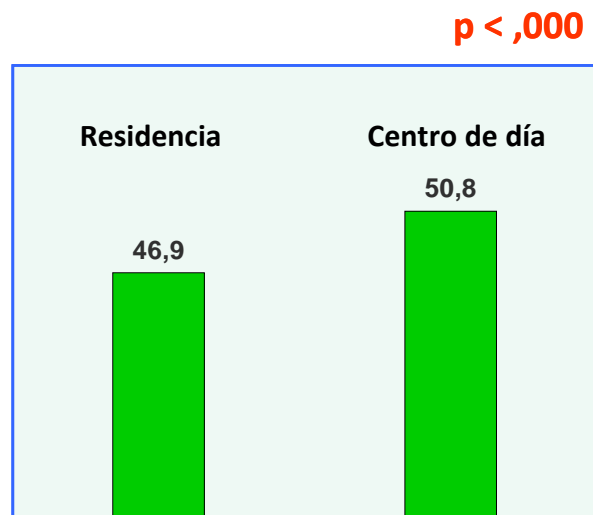


3 Resumen e interpretación de los principales resultados obtenidos¹

3.1 Atención centrada en la persona y características de los centros

Tipo de recurso

El ANOVA realizado muestra que los centros de día, frente a las residencias, han obtenidos puntuaciones en ACP superiores. Dichas diferencias son estadísticamente significativas.



Puntuaciones en el P-CAT según tipo de recurso

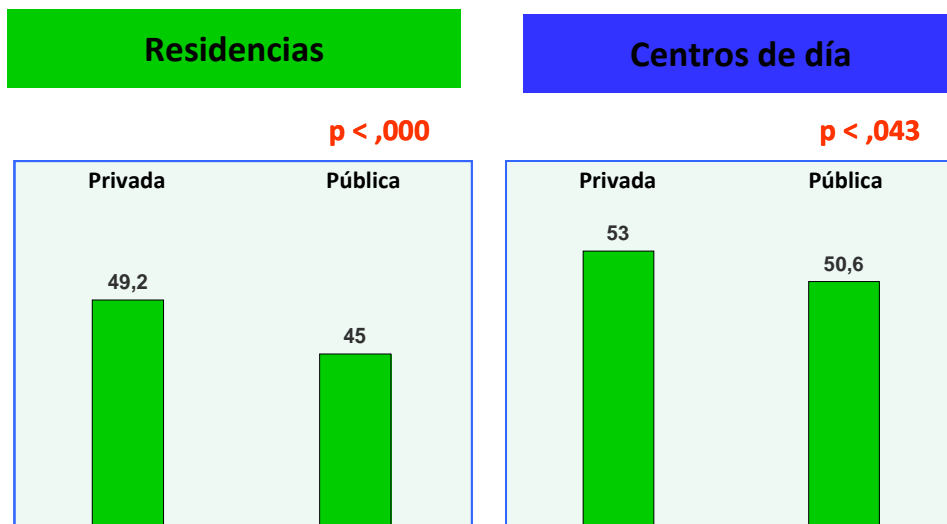
¹ La información aquí presentada se limita a los resultados en ACP evaluados a través del P-CAT

¿Cómo interpretar estos resultados?

Los centros de día son un recurso que presenta características diferentes a los centros residenciales, no sólo en cuanto a su misión (ofrecer apoyo y atención diurna durante un tiempo limitado a unas horas, frente a la atención residencial de 24 horas que ofrece un marco nuevo de vivienda y convivencia permanente) sino también en relación a cuestiones estructurales y organizativas. Los centros de día son recursos de capacidad más reducida, con equipos profesionales más pequeños y que habitualmente desarrollan su trabajo en un único turno. Ello hace que con frecuencia los centros de día sean, frente a las residencias, un recurso de menor complejidad organizativa, en donde ofrecer una atención flexible y personalizada resulte “a priori” más sencillo que en un entorno residencial generalmente de mayor tamaño y complejidad organizacional. Esta diferenciación, podría explicar, al menos en parte, alguna de las diferencias encontradas.

Titularidad del centro y modalidad de gestión de los/as profesionales

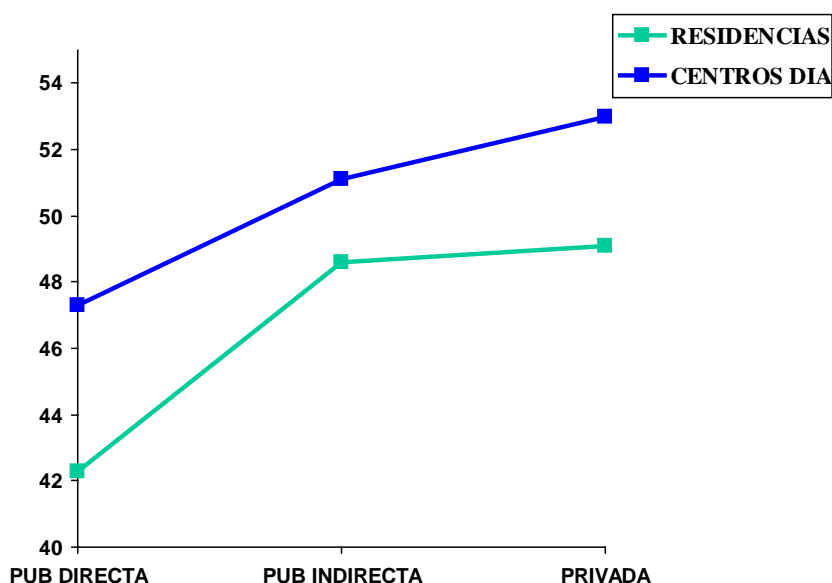
La titularidad del centro también presenta diferencias estadísticamente significativas en relación al grado de ACP dispensada según los ANOVAS realizados. La diferencia en favor de los centros de titularidad privada aparece tanto en residencias como en centros de día.



Puntuaciones en el P-CAT según titularidad de los centros



El modo de gestión del centro (pública directa, pública indirecta o privada) también presenta una asociación estadísticamente significativa con el grado de ACP dispensado. Los centros de gestión pública directa obtienen una puntuación inferior a los otros dos grupos. Las diferencias entre los centros de gestión pública indirecta (gestionados a través de otra entidad o empresa) y los de gestión privada, sin embargo no han resultado estadísticamente significativas.



Puntuaciones en el P-CAT según modo de gestión de los profesionales en los centros

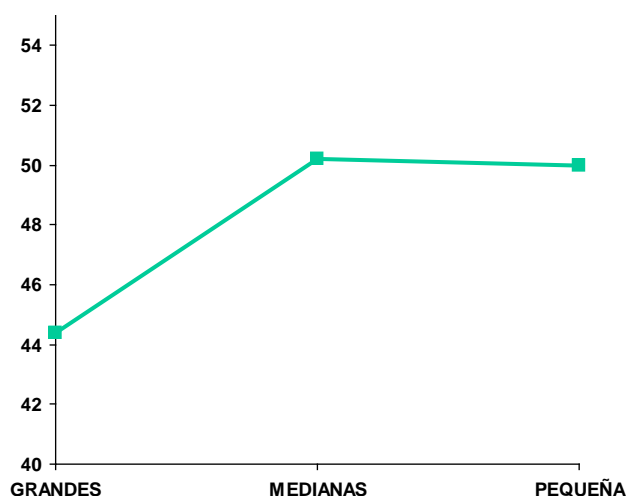
¿Cómo interpretar estos resultados?

Estos resultados deben ser tomados con especial cautela ya que distintos motivos, no excluyentes, pueden dar razón de las diferencias encontradas. En primer lugar, es posible que los/as profesionales de los centros públicos sean más exigentes en su valoración sobre la atención que se da en el centro, mientras que en los centros donde el personal es privado puede existir una mayor adherencia o compromiso con la empresa por parte de los trabajadores. También cabe argumentar que las residencias públicas gestionadas con personal propio pueden presentar algunas características que dificultan ofrecer una atención centrada en las personas, como el habitual gran tamaño de estos centros, una organización del trabajo rígida y jerarquizada, la existencia de numerosas normas o la alta resistencia a modificar ciertas condiciones laborales instauradas desde hace tiempo que dificultan una atención flexible y personalizada. Hipótesis que, lógicamente, precisan de nuevos estudios que corroboren estos resultados y profundicen en sus motivos.



Tamaño del centro residencial

El ANOVA realizado muestra una asociación estadísticamente significativa entre el tamaño del centro residencial y el grado de ACP dispensado. Los análisis post-hoc muestran que las residencias grandes (de más de 100 plazas) obtienen puntuaciones en ACP significativamente inferiores a las residencias medianas (entre 50 y 100 plazas) y a las pequeñas (menos de 50 plazas). Sin embargo, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las residencias medianas y pequeñas.



Puntuaciones en el P-CAT según tamaño del centro residencial

¿Cómo interpretar estos resultados?

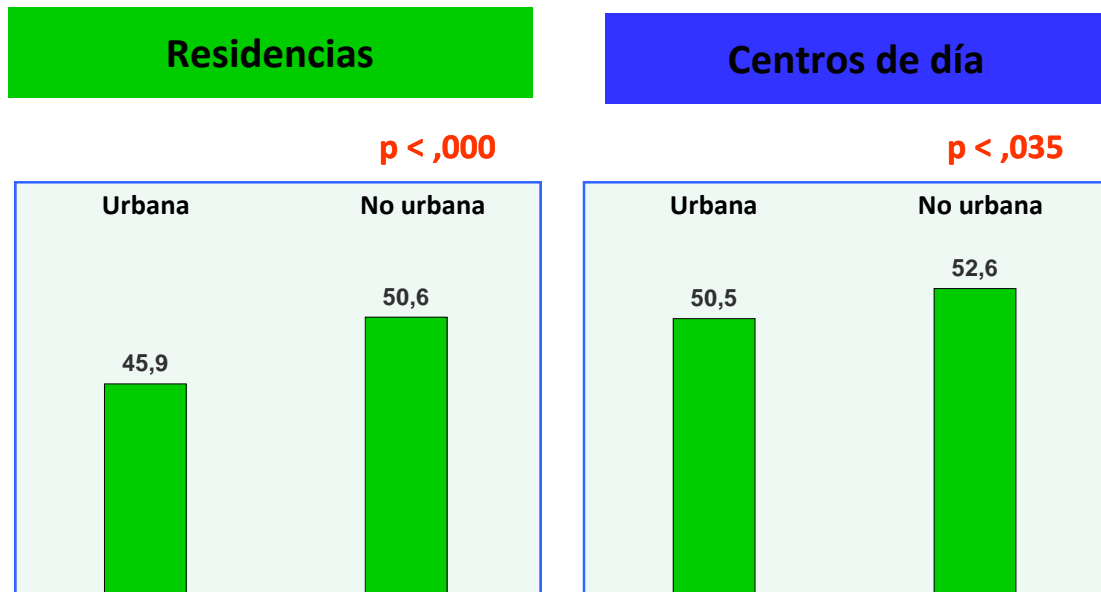
Un número elevado de personas atendidas en las residencias grandes, junto a las actuales organizaciones de los centros (rotaciones, número elevado de residentes en plantas), dificulta enormemente llegar a conocer bien a cada persona y poder atenderla de un modo realmente personalizado. Además, la elevada carga asistencial y la existencia de normas de funcionamiento orientadas a agilizar la rapidez de las tareas asistenciales, circunstancias que suelen caracterizar a las residencias de gran tamaño, pueden dificultar la flexibilidad y el tiempo que necesariamente requiere una atención centrada en la persona.

Estos resultados obtenidos dan apoyo a las afirmaciones de que un tamaño reducido de las residencias facilita la aplicación de modelos ACP (Díaz-Veiga y Sancho, 2013; Leichsenring & Strümpel, 1998; Martínez, 2011; Martínez, Díaz-Veiga, Sancho, y Rodríguez, 2014; Rodríguez, 2012) y se alinean con trabajos que concluyen que los centros pequeños ofrecen una mayor calidad asistencial (Xu, Kane, & Shalmliyán, 2013)



Ubicación del centro

La ubicación de los centros (zona urbana vs zona no urbana) también guarda una relación significativa con el grado de ACP evaluado. El ANOVA realizado señala diferencias estadísticamente significativas en favor de los centros que están ubicados en zonas no urbanas, dato que aparece tanto en residencias como en centros de día.



Puntuaciones en el P-CAT según modo de gestión de los profesionales en residencias y centros de día

¿Cómo interpretar estos resultados?

Muchas de las personas residentes que viven en residencias no urbanas, sobre todo cuando se trata de localidades y núcleos pequeños, son vecinas de la zona al igual que los profesionales que las atienden. Ello puede facilitar el acercamiento y conocimiento de las personas y sus familias (de hecho en muchos casos suelen conocerse de antes) e incluso “comprometer” un trato más personalizado. Por el contrario, el trato y la atención en centros urbanos, ubicados en ciudades, donde se atiende a “desconocidos”, pueden tender a ser más distantes y menos personalizados.



Clima organizacional

El clima organizacional, evaluado a través de la escala CLIOR, presenta una elevada correlación positiva con el grado de ACP evaluado, tanto en residencias como en centros de día. Es decir, a mejor clima laboral, mayor puntuación en ACP dispensada.

Variable	Correlación P-CAT	
	Residencias	Centros de día
Clima organizacional	,689**	,555**

**p < ,01

Correlación entre Clima Organizacional (CLIOR) y ACP (P-CAT)

¿Cómo interpretar estos resultados?

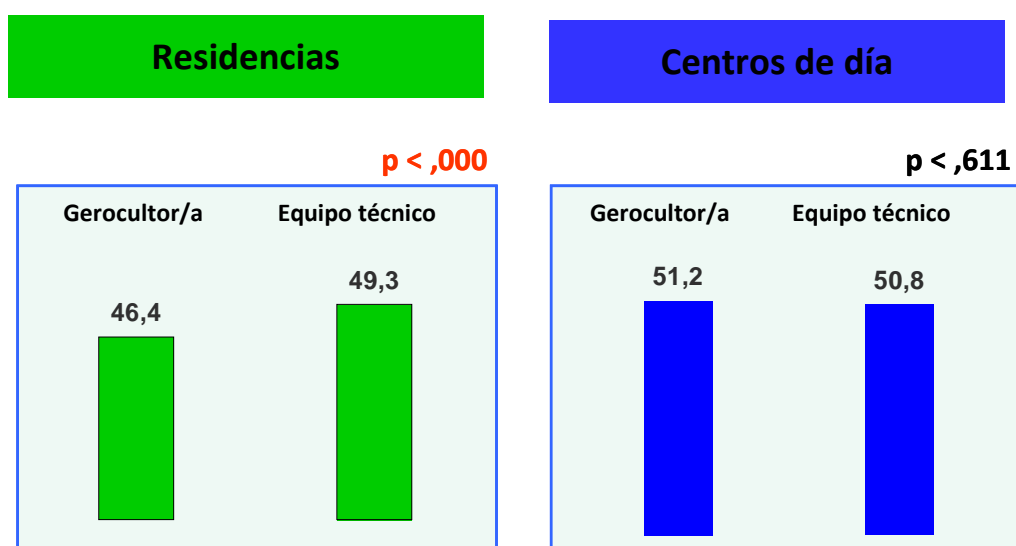
Aunque debido al carácter correlacional de este estudio no es posible concluir la direccionalidad de la causalidad de esta relación, no parece aventurado suponer que la alta correlación hallada entre la ACP y un buen clima laboral pueda ser interpretada desde la bidireccionalidad (Martínez, Suárez-Álvarez, Yanguas y Muñiz, 2015). Por un lado, tiene sentido pensar de que un buen clima organizacional es una condición necesaria para avanzar en modelos ACP debido a la alta implicación que por parte de los profesionales se requiere para lograr la aplicación efectiva de numerosos cambios en las praxis cotidianas y que, en el caso de existir un mal clima laboral, sería difícil conseguir. A la par es razonable considerar que los modelos ACP donde se trabaja desde aproximaciones más humanas y que, además, permiten el empoderamiento de los gerocultores/as (Bowers, Nolet, Roberts, & Esmond, 2007) al otorgarles una mayor autonomía y responsabilidad en la atención de las personas usuarias (Bowman & Schoeneman, 2006), tienden a favorecer un buen clima laboral (Eaton, 2000, 2001).



3.2 Atención centrada en la persona y características de los profesionales

Categoría profesional

En las residencias, la opinión de los profesionales sobre el grado de ACP dispensado en su centro, presenta diferencias estadísticamente significativas según el grupo profesional, siendo en este recurso superior la valoración que realizan los/as técnicos/as frente a los/as gerocultores/as. En el caso de los centros de día las diferencias no han resultado estadísticamente significativas.



Puntuaciones en el P-CAT según grupo profesional en residencias y centros de día

¿Cómo interpretar estos resultados?

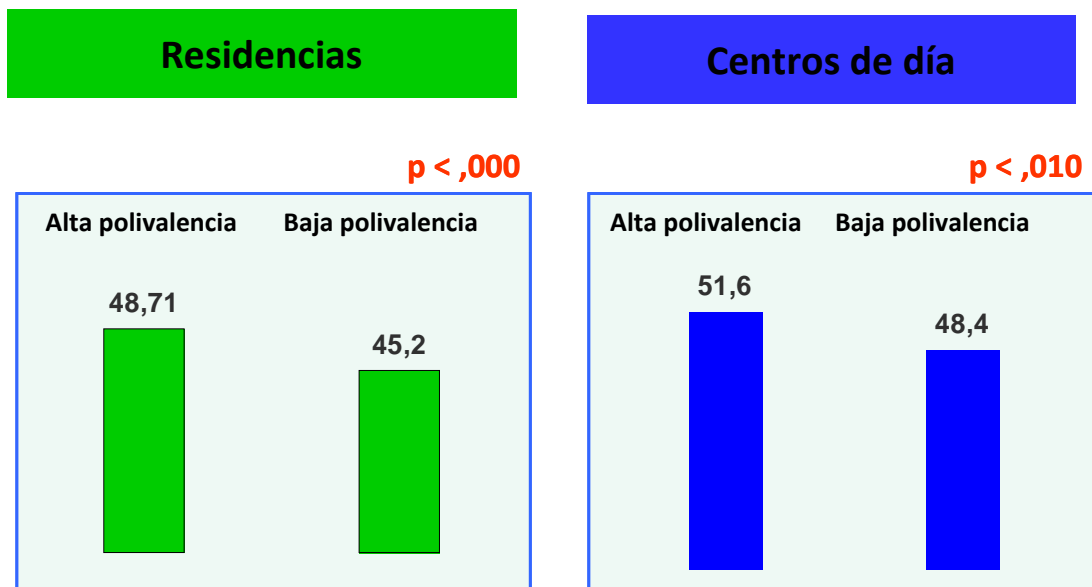
Este dato puede ser interpretado desde una posible actitud más exigente por parte de los gerocultores hacia la atención dispensada así como desde la diferencia de percepciones en cuanto a la calidad de la misma entre ambos grupos que, en ocasiones, conviven con cierta distancia y valoran la atención de un modo diferente. Esta percepción diferencial ha sido comentada en distintos estudios atribuyéndose a la diferente posición en el cuidado de los profesionales (Innes, Macpherson, & McCabe, 2006); en este sentido se recomienda que cuando se evalúe el grado de extensión de ACP en los centros a través de los profesionales, se incluya la participación de diversas categorías profesionales (Edwardson et Innes, 2010; White, Newton-Curtis, & Lyons, 2008).



El que en los centros de día no se hayan encontrado estas diferencias puede ser explicado por las características diferenciales de este recurso frente al residencial (tamaño más reducido, menor rotación del personal y turnos, menor complejidad organizativa). Todo ello, tiende a facilitar el trabajo en equipo y a permitir un mayor contacto cotidiano y cercanía entre el equipo técnico y un grupo de gerocultores reducido que trabaja en un mismo horario (frente al elevado número de gerocultores/as que pueden llegar a trabajar, en diferentes turnos, en una residencia), de modo que estas diferencias de criterio en cuanto a cómo se atiende a las personas usuarias en los centros de día puedan ser menores.

Polivalencia de los gerocultores/as

El grado de polivalencia de los gerocultores/as en los recursos, tanto en residencias como en centros de día, ha presentado una relación estadísticamente significativa con el grado de ACP dispensada. Los centros cuyos gerocultores/as son más polivalentes, obtienen puntuaciones más altas en ACP.



Puntuaciones en el P-CAT según el grado de polivalencia de los/as gerocultores/as



¿Cómo interpretar estos resultados?

Una prestación de cuidados integrales por parte de gerocultores/as que ofrecen apoyo en las distintas actividades cotidianas es un aspecto esencial en la aplicación de modelos ACP. La concepción de esta figura profesional, clave en el cuidado y en la ACP, vinculada exclusivamente a tareas de “asistencia básicas” hace muy difícil proporcionar en el día a día una atención flexible y realmente personalizada.

Este resultado apoya las consideraciones sobre importancia de contar con profesionales más polivalentes en la atención directa continuada en la aplicación de estos modelos de atención, profesionales que desarrollen cometidos relacionados con la atención integral y bien formados, capaces de tomar decisiones e integrar acciones en apoyo al conjunto de la vida diaria y desarrollo de las personas y que no se limiten a realizar tareas habitualmente relacionadas con la higiene y la atención sanitaria básica (Bowman & Schoeneman, 2006, Innes et al., 2006; Martínez, 2011).

Burnout

Los tres factores de burnout evaluados a través del MBI (Inventario de Burnout de Maslach): agotamiento emocional, despersonalización en la atención y realización personal en el trabajo, presenta una asociación significativa con el grado de ACP dispensada. El factor agotamiento emocional es el que presenta una correlación más alta y al igual que el factor despersonalización ésta es de signo negativo. El factor realización personal presenta una correlación moderada de signo positivo. Es decir, a mayor grado de ACP, menor agotamiento emocional y despersonalización en los profesionales y mayor realización personal en el trabajo.

Variable	Correlación P-CAT	
	Residencias	Centros de día
Agotamiento emocional	-,510**	-,367**
Despersonalización	-,338**	-,297**
Realización personal	,382**	,336**

**p < ,01

Correlaciones entre los factores de Burnout (MBI) y ACP (P-CAT)



¿Cómo interpretar estos resultados?

Al igual que lo comentado en cuanto al clima organizacional, no es posible, debido al diseño de la investigación, establecer conclusiones sobre la direccionalidad de la relación burnout y ACP hallada. Sin embargo, estos modelos de atención requieren de profesionales muy motivados, con lo cual los factores de burnout podrían suponer importantes obstáculos para su implementación. Por otro lado, no podemos obviar que estos modelos de atención conducen a un tipo de trabajo que se distingue por una mayor autonomía/responsabilidad de los/as gerocultores así como por un trato más humano y cercano a las personas usuarias, características que pueden actuar como factores preventivos del burnout (Te Boerhorst, Willemse, Depla, Efesting, & Pot, 2008; Hayajneh & Shehadeh, 2014; Passalacqua & Harwood, 2012; Schrijnemaekers, Van Rossum, Van Heusden, & Widdershoven, 2002; Van den Pol-Grevelink, Jukema, & Smits, 2012)

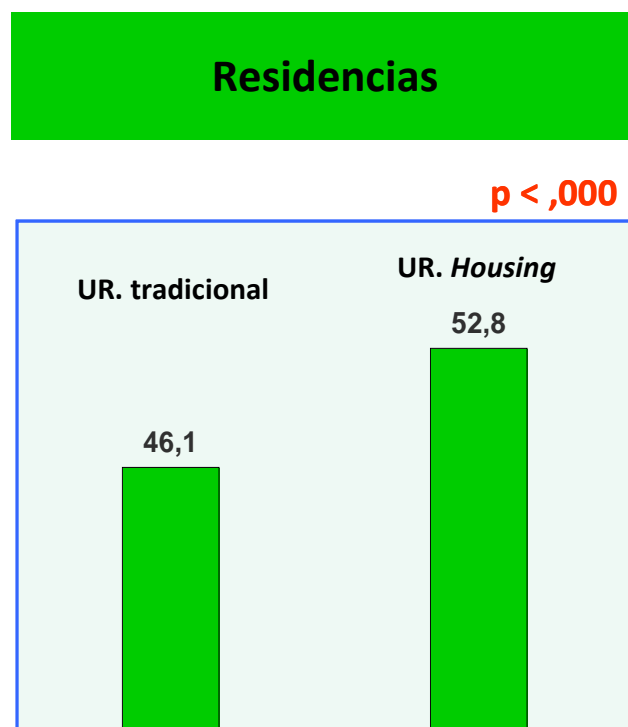
Estos datos se sitúan en línea con los hallazgos de distintas investigaciones que relacionan la implementación de modelos asistenciales orientados desde la ACP con una mayor satisfacción de los profesionales en el trabajo y una reducción significativa del estrés (Boerhorst et al., 2008; Brownie & Nancarrow, 2013; Dilley & Geboy, 2010; Edvardsson, Sandman, & Borell, 2014; McCormack et al., 2010; Passalacqua & Harwood, 2012; Prieto, 2014; Stadnyk, Lauckner, & Clarke, 2011; Van del Pol-Grevelink et al., 2012; Zimmerman et al., 2014).



3.3 Atención centrada en la persona y estrategias organizativas y/o de intervención

Tipo de unidad residencial

El tipo de unidad residencial (modelo tradicional vs modelo *housing*) ha mostrado tener una alta relación con el grado de ACP dispensada. Las diferencias entre ambos grupos en el P-CAT son de más de 6 puntos en favor de las residencias organizadas en pequeñas unidades de convivencia modelo *housing* frente a las residencias tradicionales.



Puntuaciones en el P-CAT según el tipo de unidad residencial

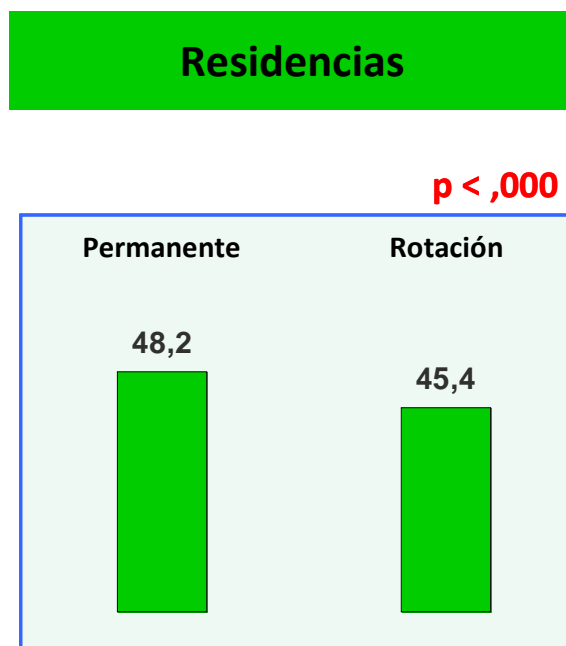


¿Cómo interpretar estos resultados?

Estos resultados ofrecen apoyo a la organización de las residencias en unidades modelo *housing* como estrategia para avanzar hacia la ACP reorientado los modelos residenciales tradicionales. Se alinea con estudios previos que han mostrado los efectos positivos de la reorientación de las residencias tradicionales hacia modelos de pequeñas unidades convivenciales inspiradas en el modelo *housing* en relación al aumento de la calidad de vida de las personas usuarias (Bergman-Evans, 2004; Te Boekhorst, Depla, De Lange, Pot, & Efesting, 2009; Chenoweth et al. 2014; Diaz-Veiga et al., 2014; Robinson & Roshe, 2006), a la mejora en el nivel de funcionamiento de los residentes (Kane, Lum, Cutler, Degenholtz, & Yu, 2007; Verbeek et al., 2010) y con la calidad asistencial (Boekhorst et al. 2009; Chang, Li, & Porock, 2013; Coleman et al., 2002; Palese, Granzotto, Broll, & Carlesso, 2010; Willemse, Smit, de Lange, & Pot, 2011).

Asignación de los gerocultores/as

El tipo de asignación de los gerocultores en el cuidado de las personas mayores que viven en residencias, permanente vs rotación, mantiene una relación estadísticamente significativa con el grado de ACP dispensada en favor del sistema de asistencia sin rotación. Las residencias con gerocultores/as estables obtienen puntuaciones estadísticamente significativas superiores en ACP a las que mantienen sistemas rotatorios del personal por las plantas o unidades.



Puntuaciones en el P-CAT según el tipo de asignación de los/as gerocultores/as



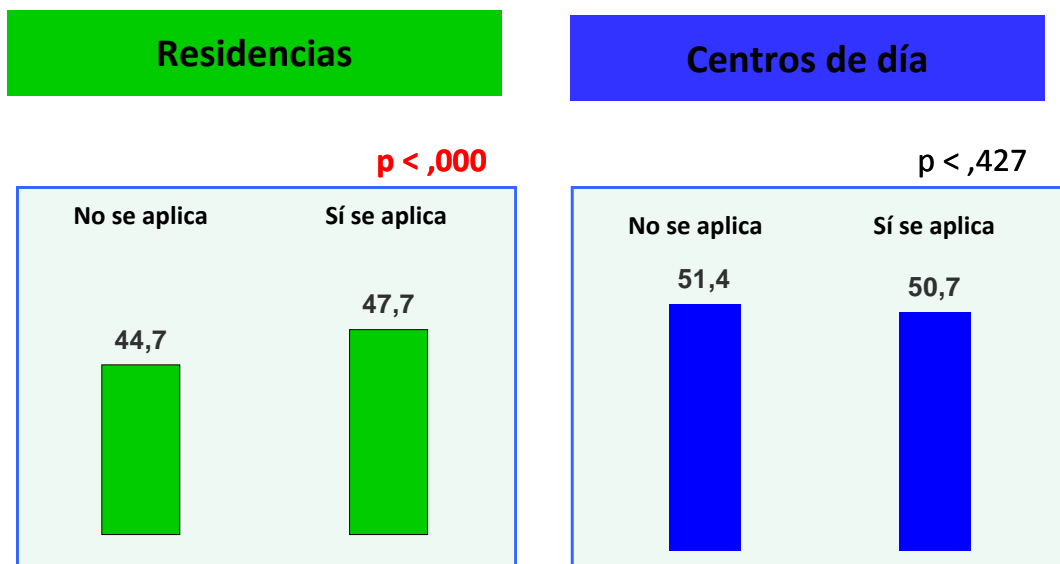
¿Cómo interpretar estos resultados?

La asignación permanente de los gerocultores se considera una opción organizativa necesaria para favorecer una atención personalizada frente a los sistemas de rotación del personal, sistema que dificulta enormemente un buen conocimiento de la persona usuaria (Bowers, Esmond, & Jacobson, 2000; Bowers, 2003; Farrell, Frank, Brady, McLaughlin, & Gray, 2006; Prieto, 2014; Stadnyk et al., 2011).

Los datos obtenidos convergen con distintas investigaciones que indican que la asignación fija de los profesionales, frente a los sistemas de rotación, se asocia a una mayor calidad asistencial y ofrecen apoyo a las recomendaciones a favor de utilizar de esta práctica laboral para facilitar la aplicación del enfoque ACP (Bowers, 2003; Bowers et al., 2000; Caudill & Patrick, (1991-1992); Eaton, 2000, 2001; Farrell et al., 2006; Farrell & Dawson, 2007; Patchner, 1989; Prieto, 2014; Stadnyk et al., 2011).

Figura de profesional de referencia

La utilización de la figura de un profesional de referencia para el apoyo de las personas usuarias guarda una relación significativa con el grado de ACP dispensada sólo en el caso de centros residenciales. En las residencias donde se aplica esta metodología se obtienen puntuaciones en ACP superiores a las que no la utilizan. Estas diferencias no se han hallado en los centros de día.



Puntuaciones en el P-CAT según la existencia de profesionales de referencia en residencias y centros de día



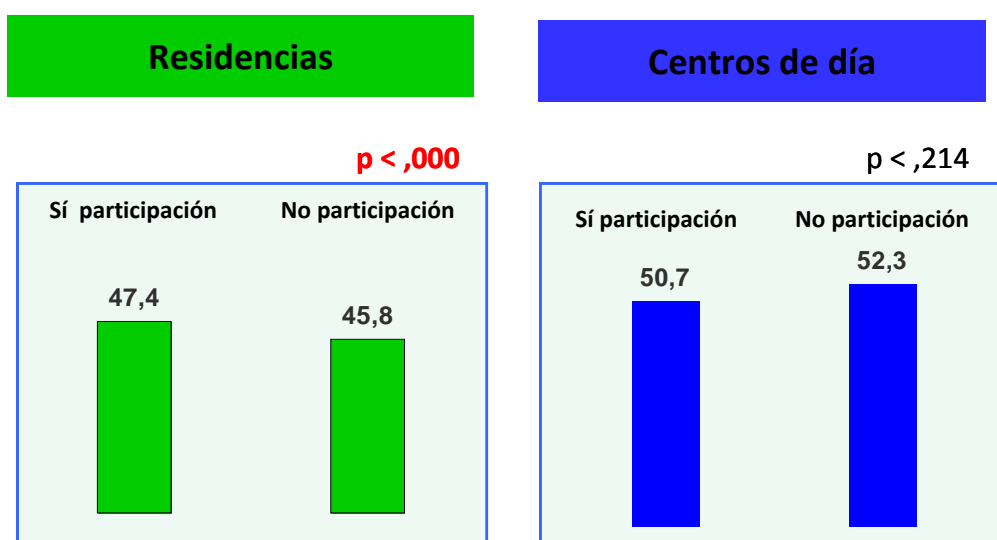
¿Cómo interpretar estos resultados?

Estos datos apoyan la recomendaciones de algunos autores sobre la importancia de esta figura profesional en los centros para facilitar la aplicación de la ACP (Bowman & Schoeneman, 2006; Martínez, 2011; Martínez et al., 2014).

No haber encontrado esta relación significativa en centros de día puede deberse a que en estos centros esta figura puede no ser tan relevante para ofrecer una atención centrada como en el caso de las residencias. En los centros de día no suele haber turnos, además un número reducido de profesionales prestan atención a un grupo también limitado de personas mayores, por lo cual es más fácil el conocimiento por parte de los profesionales de todas las personas usuarias.

Participación de las personas usuarias y sus familias en el plan personalizado de atención

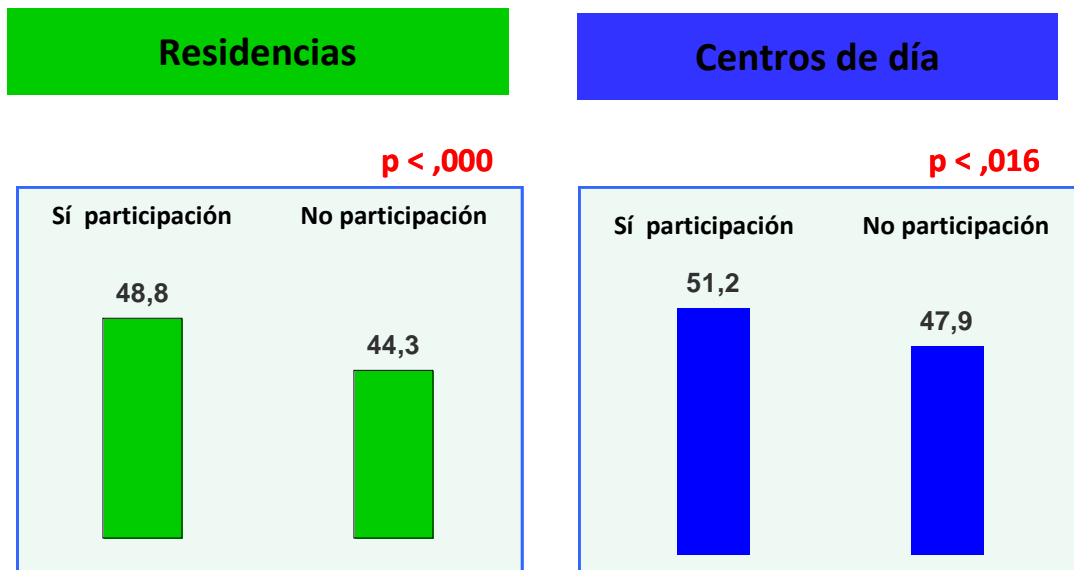
La participación formal de las personas usuarias en las reuniones donde se aborda su plan personalizado de atención mantiene una relación significativa con el grado de ACP dispensada en los centros residenciales, sin embargo esta asociación no se ha encontrado en los centros de día. En las residencias donde las personas usuarias tienen la opción de participar en el diseño y seguimiento de su plan de atención, se ha obtenido una mayor puntuación en ACP que en las que no han puesto en marcha esta metodología.



Puntuaciones en el P-CAT según participación formal de las personas usuarias en su plan personalizado de atención



La participación formal de las familias en las reuniones donde se aborda el plan personalizado de atención de las personas usuarias guarda una relación estadísticamente significativa con el grado de ACP dispensada tanto en los centros residenciales como en los centros de día. En las residencias y centros de día donde las familias pueden participar en el diseño y seguimiento de los planes de atención de las personas usuarias, se ha obtenido una mayor puntuación en ACP que en los que no dan esta opción.



Puntuaciones en el P-CAT según participación formal de las familias en el plan personalizado de atención de las personas usuarias

¿Cómo interpretar estos resultados?

Se podría considerar que la participación de las personas usuarias y las familias es una opción metodológica que puede actuar de facilitador en la aplicación de modelos orientados desde la ACP.

Este resultado apoya las recomendaciones metodológicas de expertos y servicios que aplican estos modelos (Martínez et al., 2014; Villar, Vila-Miravent, Celdrán, y Fernández, 2013). De hecho, algunas organizaciones incluyen como indicador de progreso hacia la ACP la participación formal de las personas usuarias y de sus familias en las reuniones donde se trata el plan personalizado de atención de cada persona usuaria (Van Haitsma et al., 2014; Bowman & Schoeneman, 2006).



4 Algunas conclusiones y recomendaciones

CONCLUSIONES

- **El tipo de recurso** mantiene una asociación significativa con el grado de ACP dispensado. Los centros de día ofrecen una atención más centrada en las personas que las residencias. Estos dos recursos de atención tienen características diferentes en cuanto a su misión y complejidad organizacional, lo que parece mediar en cuanto a las relaciones descritas entre algunas variables estudiadas y el grado de ACP dispensada.
- **La titularidad del centro y la modalidad de gestión de los profesionales** guardan ambas una asociación significativa con el grado de ACP dispensada. Los centros de titularidad privada obtienen una puntuación superior en ACP frente a los centros públicos. Los centros cuya gestión de los profesionales es pública directa (los profesionales dependen de la propia administración pública) obtienen una puntuación inferior en ACP frente a los de gestión pública indirecta (los profesionales dependen de entidades concertadas) o los de gestión privada.
- **El tamaño del centro residencial** mantiene una relación negativa con la ACP, es decir a mayor capacidad del centro, menor grado de ACP dispensada.
- **La ubicación geográfica de los centros** muestra una asociación significativa con el grado de ACP dispensado en las residencias y centros de día. Los centros ubicados en zonas no urbanas (de menos de 25.000 habitantes) obtienen puntuaciones superiores en ACP frente a los centros ubicados en zonas urbanas.
- **El clima organizacional** presenta una elevada relación positiva con la ACP, tanto en residencias como en centros de día, de modo que a mejor clima organizacional mayor grado de ACP dispensa el centro.
- **La categoría laboral** puede tener influencia sobre la valoración que los y las profesionales expresan sobre en qué grado el centro ofrece una atención centrada en la persona. Los gerocultores/as en las residencias, no así en los



centros de día, tienen una valoración significativamente inferior frente a los y las técnicos/as.

- **El burnout de los profesionales** mantiene una estrecha relación con el grado de ACP dispensada, tanto en residencias como en centros de día. El agotamiento emocional y la despersonalización presentan una correlación de signo negativo con la ACP mientras que la del sentimiento de realización personal es de signo positivo. Es decir, a mayor grado de ACP, menor agotamiento emocional, menor trato despersonalizado a las personas usuarias y mayor sentimiento de realización personal en el trabajo por parte de los profesionales.
- **La polivalencia de los gerocultores** presenta una relación positiva con el grado de ACP dispensada, tanto en las residencias como en los centros de día. Los centros que atienden con gerocultores/as más polivalentes, ofrecen una atención más centrada en la persona que aquellos cuyos gerocultores/as son menos polivalentes.
- **El tipo de modelo residencial (housing vs tradicional) guarda una estrecha relación con la ACP.** Las unidades residenciales diseñadas según las características ambientales y organizativas del modelo *housing* obtienen una puntuación muy superior a las unidades residenciales tradicionales.
- **La asignación permanente de los gerocultores** se asocia al grado de ACP dispensado en los centros residenciales. Las residencias cuyos gerocultores/as permanecen estables en el cuidado de las personas usuarias, obtienen unas puntuaciones en ACP significativamente superiores a los centros que mantienen sistemas de rotación.
- **El profesional de referencia** muestra una relación significativa con el grado de ACP en las residencias. Los centros residenciales que optan por aplicar esta metodología obtienen puntuaciones en ACP superiores frente a los centros que no la aplican.
- **La participación de las personas usuarias y de las familias en el plan personalizado de atención** puede actuar como facilitador de la aplicación de la ACP. Los centros en los que las personas usuarias y familiares se incorporan y participan en las reuniones para diseñar y desarrollar los planes personalizados de atención obtienen puntuaciones superiores en ACP a los que no lo hacen.



RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los datos obtenidos en este estudio, las interpretaciones más plausibles y las conclusiones de mayor solidez, es posible avanzar ciertas recomendaciones para avanzar en la aplicación de modelos orientados desde la Atención Centrada en las Persona en residencias y centros de día:

- 👍 Construir centros residenciales de capacidad limitada y que la que organización de los centros residenciales sea en unidades convivenciales de tamaño reducido inspiradas en el modelo *housing*.
- 👍 Apostar por el cambio organizativo de las residencias tradicionales institucionales reconvirtiéndolas en unidades de convivencia modelo *housing*. Aplicar el modelo *housing* contemplando sus diferentes características evitando quedarse exclusivamente en cambios ambientales y medidas de mejora del espacio físico.
- 👍 Conocer el clima laboral del centro y el grado de estrés y *burnout* existente en los y las profesionales, con carácter previo a la implantación de modelos o cambios afines a la ACP y, en su caso, realizar intervenciones previas dirigidas a su mejora.
- 👍 Fortalecer y apoyar una categoría profesional de atención directa continuada bien formada (gerocultor/a o similar) que sea polivalente y desarrolle cometidos de atención integral y personalizada para que las personas mayores tengan apoyos en la realización de su actividad cotidiana y no sólo en cometidos relacionados con cuidados básicos (aseo, higiene, vestido, alimentación...).
- 👍 Eliminar los sistemas de rotación de los/as gerocultores/as en los centros residenciales optando por asignaciones estables, de modo que puedan conocer y tratar de un modo personalizado diariamente a las personas mayores que cuidan y atienden.
- 👍 Favorecer la presencia de profesionales de referencia que realicen una tarea personalizada de acompañamiento y apoyo con varias de las personas usuarias. Esto es especialmente importante en los centros residenciales.



- 👍 Permitir y apoyar la participación informal y formal de las personas usuarias y de las familias (siempre que se quiera y sea posible) en los planes personalizados de atención.
- 👍 No olvidar que las metodologías son simples medios, instrumentos, y no fines en si mismos. Medios que facilitan la aplicación de modelos ACP pero que deben ir a su vez ligados a otras condiciones (actitudes, prácticas asistenciales, formación, etc.) para resultar eficaces.



5 Limitaciones del estudio

A la hora de interpretar los resultados de este estudio y sus principales conclusiones, es preciso también mencionar algunas de sus limitaciones.

- ➔ La primera y más importante es la limitación propia de toda medida de autoinforme, el factor de subjetividad. Los datos obtenidos mediante las pruebas de evaluación de la ACP en los centros (P-CAT y PDC) provienen de las opiniones de los profesionales que atienden a las personas usuarias. Ello supone una mirada subjetiva, de modo que para llegar a conclusiones más sólidas sobre la relación entre ACP y distintas variables debe ser completada con otras evaluaciones complementarias.
- ➔ La segunda tiene que ver con que la muestra utilizada, muy amplia y representativa del sector al haber contemplado diferentes variables, no es estrictamente una muestra aleatoria. La participación en el estudio implicaba una buena colaboración por parte de los centros, con lo cual los centros de inferior calidad y presumiblemente más alejados de la ACP, tanto en el ámbito público como privado, pueden no haber estado representados en el mismo y, en este sentido, las puntuaciones en cuanto al grado en que los centros prestan una atención centrada en las personas pueden sobreestimar la situación real del sector.
- ➔ La tercera es que, dadas las características del estudio, de tipo correlacional, no se pueden deducir relaciones de causalidad entre las variables estudiadas.



6 Referencias

- Bergman-Evans B. (2004). Beyond the basics: effects of the Eden Alternative model on quality of life issues. *J Gerontol Nurs.* 30, 27–34.
- Boekhorst, S., Willemse, B., Depla, M., Eefsting, J., & Pot, A. (2008). Working in group living homes for older people with dementia: the effects on job satisfaction and burnout and the role of
- Bowers, B.J. (2003.) Turnoever Reinterpreted: CNAs talk about why they leave. *Journal of Gerontological Nursing*, 3, 36-44.
- Bowers, B.J., Esmond, S., & Jacobson, N. (2000). The relationship between staffing and quality in Long-term care facilities. *J Nurs Care Qualit*; 14, 55-64.
- Bowers, B.J., Nolet, K., Roberts, T., & Esmond, S. (2007). *Implementing Change in Long-term Care. A practical guide to transformation.* Available in: <http://www.nhqualitycampaign.org>
- Bowman, C.S., & Schoeneman, C. (2006). *The development of the Artifacts of Culture Change Tool.* Available in: [http://www. www.artifactsofculturechange.org](http://www.artifactsofculturechange.org)
- Brownie, S., & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical interventions in Aging*, 8, 1-10.
- Caudill, M.E., & Patrick, M. (1991-1992). Turnover among nursing assistants: why they leave and why they stay. *J Long-Term Care Administration*, 19 (4), 29-32.
- Chang, Y.P., Li, J., & Porock, D. (2013). The effect on nursing home resident outcomes of creating a Household within a traditional structure. *Journal of American Medical Directors Association (JAMDA)*, 14, 293-299.
- Chenoweth, L., Forbes, I., Fleming, R., King, M.T., Stein-Parbury, J., Luscombe, G., Kenny, P., Jeon, Y.H., Hass, M., & Broday, H. (2014). PerCEN: a cluster randomized controlled trial of person-centered residential care and environment for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 26 (7), 1147-1160.
- Díaz-Veiga, P., Sancho, M., García, A., Rivas, E., Abad, E., Suárez, N., Mondragón, G., Buiza, C., Orbegozo, A., y Yanguas J. (2014) Efectos del modelo de atención centrada en la persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 49, 266-271.
- Díaz-Veiga, P., y Sancho, M. (2013) Residencias, crisis y preferencias de las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(39), 101-102.
- Dilley, L., & Geboy, L. (2010). Staff perspectives on person-centered care in practice. *Alzheimer's Care Today*, 11, 172–185.
- Eaton, S. (2000). Beyond unloving care: Linking human resource management and patient care quality in nursing homes. *International Journal of Human Resource Management*, 3, 591-161.



- Eaton, S.C. (2001). Appropriateness of Minimen Nurse Staffing ratios in nursing homes. Phase II, Final Report. Available at <http://theconsumervoice.org/uploads/files/issues/CMS-Staffing-Study-Phase-II.pdf>
- Edvardsson, D., & Innes, A. (2010). Measuring person-centered care: A critical comparative review of published tools. *The Gerontologist*, 50, 834–846.
- Edvardsson, D., Sandman, P.O., & Borell, L. (2014). Implementing national guidelines for person-centered care of people with dementia in residential aged care: effects on perceived person-centeredness, staff strain, and stress of conscience. *International Psychogeriatrics*, 26, 7, 1171-1179.
- Farrell, D., & Dawson, S. (2007). *The business case for investing in staff retention: Can you afford not to?* FutureAge.
- Farrell, D., Frank, B., Brady, C., McLaughlin, M., & Gray, A. (2006). The case for consistent assignment in the nursing home setting. *Medicine and Health in Rhode Island*, 89, 187–188.
- [Hayajneh, F.A.](#), & [Shehadeh, A.](#) (2014).The impact of adopting person-centred care approach for people with Alzheimer's on professional caregivers' burden: An interventional study. *Int J Nurs Pract.*, 20, 4, 438-45.
- Innes, A., Macpherson, S. & McCabe, L. (2006). *Promoting person-centred care at the frontline*: York: Joseph Rowntree Foundation.
- Kane, R.A., Lum, T.Y., Cutler, L.J., Degenholtz, H.B., & Yu, T.C. (2007). Resident outcomes in small-house nursing homes: A longitudinal evaluation of the initial green house program. *Journal of American Geriatrics Society*, 55, 832–839.
- Leichsenring, K., & Strümpel, C. (1998). *L'accueil des personnes souffrant de démence en Petites Unités de vie*. Viena: Centro Europeo de Investigación en Política Social.
- Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona*. Álava: Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco.
- Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Sancho, M, y Rodríguez, P. (2014) *Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos prácticos*. Alava: Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco.
- Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., Yanguas, J., & Muñiz, J. (2015). Spanish validation of the Person-Centered Assessment Care Tool (P-CAT). *Aging and Mental Health*.26:1-9.
- McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A, Manning, M., Peelonkilroe, L., Tobin, C., & Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 93–107.
- Palese, A., Granzotto, D., Broll, M. G., & Carlesso, N. (2010). From health organization-centred standardization work process to a personhood-centred care process in an Italian nursing home: effectiveness on bowel elimination model. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 179–187.



- Passalacqua, S.A., & Harwood, J. (2012). VIPS communication skills training for paraprofessional dementia caregivers: an intervention to increase person-centered dementia care. *Clinical Gerontologist*, 35, 425–445.
- Patchner, M.A. (1989). Permanent assignment. *Successful Nurse Aide Management in Nursing Homes*. Phoenix, AZ; Oryx Press, 66-75.
- Prieto, D. (2014). *La experiencia de los profesionales en el Modelo de Atención Centrada en la Persona*. San Sebastián: Instituto Gerontológico Matía. En prensa.
- Robinson, S.B., & Roshe, R.B. (2006). Tangling with the barriers to culture change: creating a resident-centered nursing home environment. *J Gerontol Nurs*, 32 (10), 19–27.
- Rodríguez, P. (2012). Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir. *Actas de la Dependencia*, 3, 6-40.
- Schrijnemaekers, V.J.J., Van Rossum, E., Van Heusden, M.J.T., & Widdershoven, G.A.M. (2002). Compliance in a randomized controlled trial: the implementation of emotion-orientated care in psychogeriatrics facilities. *J Adv Nurs* 39, 182,189. DOI:10.1046/j.1365-2648.2002.02258.x.
- Stadnyk R.B., Lauckner, H., & Clarke, B. (2011). Improving quality of care in nursing homes: What works? *CMAJ*, 183(11), 1238-1239.
- Te Boekhorst, S., Depla, M.F., De Lange, J., Pot, A.M., & Efesting, J.A. (2009). The effects of a group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care. *International Psychiatrics*, 24 (9), 970-978.
- Te Boerkhorst, S., Willemse, B., Depla, M.F., Efesting, J.A., & Pot, A.M. (2008). Working in group living homes for older people with dementia: the effects on job satisfaction and burnout and the role of job characteristics. *International Psychogeriatrics*, 20 (5), 927-940.
- Van den Pol-Grevelink, A., Jukema, J.S., & Smits, C.H.M.(2012). Person-centred care and job satisfaction of caregivers in nursing homes: a systematic review of the impact of different forms of person-centred care on various dimensions of job satisfaction. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 219- 229.
- Van Haitsma, K., Crespy, S., Humes, S., Elliot, E., Mihelic, A., Curyto K., Spector, A., Esharaghi, K., Duntzee, C., Reamy, A., & Abbot, K. (2014). New Toolkit to Measure Quality of Person-Centered Care: Development and Pilot Evaluation with Nursing Home Communities. *Journal of The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine (JAMDA)*, 15, 671-680.
- Verbeek, H., Zwakhalen, S.M., van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G.I., & Hamers, J.P. (2010). Small-scale, homelike facilities versus regular psychogeriatric nursing home wards: a cross-sectional study into residents' characteristics. *BMC Health Serv Res*, 29, 10, 30.
- Villar, F., Vila-Miravent J., Celdrán, M., y Fernández, E. (2013). La participación de personas con demencia en las reuniones del plan de atención individualizada: Impacto en el bienestar y la calidad del cuidado. *Revista Española de Geriatria y*



- White, D.L., Newton-Curtis, I., & Lyons, K.S. (2008). Development and Initial Testing of a Measure of Person-Directed Care. *The Gerontological Society of America*. Vol. 48, Special Issue I, 114–123.
- Willemse, B.M., Smith, D., de Lange, J., & Pot, A.M. (2011) Nursing home care for people with dementia and residents' quality of life, quality of care and staff well-being: Design of the Living Arrangements for people with Dementia (LAD) – study. *BMC Geriatrics*, 11. DOI: 10.1186/1471-2318-11-11 PMID: PMC3071318
- Xu, D., Kane, R.L., & Shalmliyan, T.A. (2013). Effect of nursing home characteristics on residents' quality of life: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*, 57 (2), 127-142.
- Zimmerman, S., Cohen, L., Reed, D. Sloane, P.D., Allen, J., Pinkowitz, J., Clairmont, J., Coffey, W. Demeter, L., Detrick, B., Fraizer, S., Giorgio, P., Lepore, M, & Reed, P. (2014). *Toolkit for Person-Centeredness in Assisted Living*. University of North Carolina (UNC) & the Center for Excellence in Assisted Living (CEAL). Available at www.theceal.org



7 Agradecimiento y relación de centros que participaron en el estudio

Mi más sincero agradecimiento a las instituciones públicas y entidades privadas que han colaborado en este estudio. A sus responsables, a los directores y directoras de los centros, al conjunto de profesionales de atención directa que han participado en el mismo y, especialmente, a aquellos que colaboraron activamente coordinando la recogida de datos en sus servicios.

CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL Y VIVIENDA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Residencias (ERA): CPR Belmonte (Belomonte de Miranda); CPR Santa Teresa (Oviedo), Residencia Laviana (Laviana), Residencia Pravia (Pravia), CPR Valentín Palacio (Siero).

Centros de día: La luz (Avilés); Ría de Avilés (Avilés); Covadonga (Oviedo); Pumarin (Oviedo), Gijón-Centro (Gijón), La Camocha (Gijón), La Felguera (Langreo), Turón (Mieres), Lada (Langreo), El Llano (Gijón), Lugones (Siero), Jardín de Cantos (Avilés); Grado (Grado) y Proaza (Proaza).

AYUNTAMIENTO DE MADRID

Residencias: Margarita Retuerto (Madrid), Jazmín (Madrid) y Santa Engracia (Madrid).

Centros de día: Doctor Salgado Alba (Madrid), Carmen Laforet (Madrid), Esfinge (Madrid), Miguel Delibes (Madrid) y Acuario (Madrid).

CONSEJERÍA DE TRABAJO Y BIENESTAR DE LA XUNTA DE GALICIA

Residencias: Volta do Castro (Santiago de Compostela- A Coruña) y As Gándaras (Lugo).

Centros de día: Allariz (Allariz-Orense) y Begonte (Begonte-Lugo).

INSTITUTO INSULAR DE ATENCIÓN SOCIAL Y SOCIO SANITARIA DEL CABILDO

Residencias: Taliarte (Las Palmas- Gran Canaria), San Nicolas de Bari (Las Palmas- Gran Canaria) y El Pino (Las Palmas- Gran Canaria).

Centros de día: El Sabinal (Las Palmas- Gran Canaria) y el Pino (Las Palmas- Gran Canaria).

INSTITUTO MALLORQUÍN DE ASUNTOS SOCIALES

Residencia Felanitx (Palma-Mallorca).

Centros de día: Reina Sofía (Palma-Mallorca) y Llar dels Ancians Palma (Palma-Mallorca).

GERENCIA DE SERVICIOS SOCIALES. JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN

Residencia y Unidades de Convivencia Los Royales (Soria).



INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL. DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA

Residencia de Oion (Oion).

Centros de día: Ajuria (Vitoria) y Txagorritxu (Vitoria).

CONSORCI D'ACCIÓ SOCIAL DE CATALUNYA

Residencia Sant Hilari (Girona).

Centro de día Les Bernardes (Salt-Girona).

LARES FEDERACION

Residencias: AHBAL (Luarca-Asturias); El Buen Samaritano-Cáritas (Churrana-Málaga); Hogar San José (Sahagún de Campos-León); Conil Solidario (Conil-Cádiz); San Eugenio (Zaragoza); F. Hospital Almau (Pedrola-Zaragoza); San Martín de Porres (Miajadas-Cáceres) y Fundación Carmen Arias (Socuéllamos-Ciudad Real).

AMADE FEDERACIÓN

Residencias: Los Llanos-Vitalger (Alpedrete-Madrid) y La Casona (Tielmes-Madrid).
Centros de día: Madrid (Madrid) y El Bosque (Madrid).

FUNDACIÓN MATÍA

Residencias: Unidades de Convivencia Lamorus (Zumárraga-Guipuzkoa), Elizarán (Donostia), Otezuri (Zumaia-Guipuzkoa), Txara 1 (Donostia) y Bermingham (Donostia).

FUNDACIÓN VALLPARADÍS

Residencia Poble Nou (Barcelona).

GRUPO NOVAIRE

Residencias: Novaire Babel (Alicante), Novaire Condomina (Alicante), Novaire Santa Pola (Santa Pola-Alicante) y Novaire San Vicente (San Vicente-Alicante).

GRUPO EULEN-SOCIOSANTARIO CATALUNYA

Residencias: Parc Guinardo (Barcelona) y Font dels Capellans (Barcelona).

Centros de día: Vilafranca Penedes (Vilafranca del Penedes-Barcelona), La maurina (Tarrasa-Barcelona), Font Verda (Granollers-Barcelona) y Granollers (Granollers-Barcelona).

GRUPO INTRESS

Residencias: Es Ramal (Alaior-Menorca), Mercadals (Mercadls-Menorca), Ferrerías (Ferrerías-Menorca) y Campos (Mallorca).

Centros de día: Bunyola (Mallorca), Algaida (Mallorca), Petra (Mallorca) y Guadalupe (Guadalupe-Cáceres).

GRUPO L'ONADA

Residencias: Casserres (Barcelona) y Riudoms (Tarragona).

Centro de día Sant Antoni (Barcelona).

GRUPO IDEA

Residencias: Idea-Usera (Salamanca). Idea –J.R. Zalduendo (Caparroso-Navarra), Idea- San Martín de Unx (San Martín de Unx-Navarra) e Idea- F.J. Iriarte (Elizondo-Navarra).

OTROS CENTROS PRIVADOS

Residencias: El Olivaret (Barcelona), Sierra del Cuera (Posada de Llanes-Asturias), La Quintana (Llanes-Asturias), Torrezuri (Guernica-Bizkaia), Santa Agueda (Barakaldo-Bizcaia).

Centros de día: Grupo Saraiva (Centros de Pontevedra, Marín y Cambarro).

