

DERECHOS PERSONAS MAYORES

Año 9
NÚMERO 19
DICIEMBRE 2019
Buenos Aires
Argentina

DERECHO
A LA SEGURIDAD
SOCIAL

DERECHO
A LA SALUD

ACCESO
A LA JUSTICIA

IGUALDAD
Y NO DISCRIMINACIÓN



DERECHO
A LA SALUD

DERECHO
A LA INDEPENDENCIA
Y AUTONOMÍA

DERECHO
A LA INTIMIDAD

Revista Institucional
de la Defensa Pública
de la Ciudad Autónoma
de Buenos Aires

DERECHO
A LA INTIMIDAD

DERECHO
A LA INTEGRACIÓN
COMUNITARIA

CONSENTIMIENTO
LIBRE E INFORMADO

DERECHO
A LA SEGURIDAD
SOCIAL

IGUALDAD
Y NO DISCRIMINACIÓN

DERECHO
A LA INDEPENDENCIA
Y AUTONOMÍA

ACCESO
A LA JUSTICIA

DERECHO
A LA INTIMIDAD

CONSENTIMIENTO
LIBRE E INFORMADO

DERECHO
A LA INTEGRACIÓN
COMUNITARIA

DERECHO
A LA SEGURIDAD
SOCIAL

DERECHO
A LA INTIMIDAD

DERECHO
A LA INTEGRACIÓN
COMUNITARIA

ACCESO
A LA JUSTICIA

DERECHO
A LA SALUD

DERECHO
A LA SALUD

PERSONAS MAYORES: VOCES Y DERECHOS

IGUALDAD
Y NO DISCRIMINACIÓN

CONSENTIMIENTO
LIBRE E INFORMADO

DERECHO
A LA INDEPENDENCIA
Y AUTONOMÍA

Año 9
Número 19
Diciembre de 2019
Buenos Aires
Argentina



Revista Institucional
de la Defensa Pública
de la Ciudad Autónoma
de Buenos Aires

Director
Dr. Horacio Corti

Coordinadora del número
Dra. María Virginia Gorosito

Publicación propiedad del Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina. Edificio Dr. Arturo Enrique Sampay, México 890 (1097) CABA.

El contenido y las opiniones vertidas en cada uno de los artículos son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

ISSN 1853-5828

Defensor General

Dr. Horacio Corti

Defensora General Adjunta**Fuero Contencioso Administrativo y Tributario**

Dra. Graciela Elena Christie

Defensor General Adjunto**Penal, Contravencional y de Faltas**

Dr. Luis Esteban Duacastella Arbizu

Fuero Contencioso Administrativo y Tributario**Defensoría ante la Cámara de Apelaciones N° 1**

Dr. Fernando Lodeiro Martínez

Defensoría ante la Cámara de Apelaciones N° 2

Dra. Mariana Beatriz Pucciarello

Primera Instancia**Defensoría N° 1**

Dra. Alejandra Lorena Lampolio

Defensoría N° 2

Dr. Pablo A. De Giovanni

Defensoría N° 3

Dra. María Lorena González Castro Feijóo

Defensoría N° 4

Dra. Cecilia Gonzalez de los Santos

Defensoría N° 5

Dr. Ramiro Joaquín Dos Santos Freire

Defensoría N° 6

Dr. Javier Indalecio Barraza

Fuero Penal, Contravencional y de Faltas**Defensoría ante la Cámara de Apelaciones N° 1**

Dr. Gustavo Eduardo Aboso

Defensoría ante la Cámara de Apelaciones N° 2

Dr. Emilio Antonio Cappuccio

Primera Instancia**Defensoría N° 1**

Dra. Patricia Beatriz López

Defensoría N° 2

Dra. Silvina Noemí Nápoli

Defensoría N° 3

Dra. María Andrea Piesco

Defensoría N° 4

Dr. Sebastián Zanazzi

Defensoría N° 5

Dra. Victoria Inés Almada

Defensoría N° 6

Dra. Marcela María Amelia Paz

Defensoría N° 7

Dr. Marcelino N. Civitillo

Defensoría N° 8

Dr. Matías Becerra

Defensoría N° 9

Dra. Andrea Demarco

Defensoría N° 10

Dra. María Florencia Zapata

Defensoría N° 11

Dra. Carolina Spósito

Defensoría N° 12

Dr. Javier Balmayor

Defensoría N° 13

Dra. Paula Lagos

Defensoría N° 14

Dr. Sergio J. Pistone

Defensoría N° 15

Dr. Miguel Talento Bianchi

Defensoría N° 16

Dra. Gabriela Marquiegui Mc Loughlin

Defensoría N° 17

Dra. Yanina Gabriela Matas

Defensoría N° 18

Dr. Juan Ignacio Cafiero

Defensoría N° 19

Dra. Bibiana Marys Birriel Moreira

Defensoría N° 20

Dra. Marina Recabarra

Defensoría N° 21

Dra. María Lousteau

Defensoría N° 22

Dr. Christian Federico Brandoni Nonell

Defensoría N° 23

Dra. Claudia Analía Rodríguez

Defensoría N° 24

Dra. María Laura Giusepucci

Secretaría General de Acceso a la Justicia

Dr. Mauro Riano

Secretaría General de Administración

Lic. Jorge Costales

Secretaría General Jurisdiccional de Coordinación Técnica

Dr. Javier José Telias

Secretaría General de Asistencia a la Defensa

Dra. Marcela Millán

Secretaría General de Planificación

Dr. Francisco M. Talento

Secretaría Jurisdiccional de Derechos Humanos y Procesos Colectivos

Mg. María Alejandra Villasur García

La atención centrada en la persona. Un enfoque de calidad y buen trato para las personas mayores que precisan cuidados.

Teresa Martínez Rodríguez

Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad de Oviedo. Licenciada en Psicología por la Universidad Complutense. Diplomada en Gerontología Social por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Experta en modelos de atención centrada en la persona en servicios gerontológicos.

La necesidad de un cambio de mirada y enfoque en los cuidados a las personas mayores

Los servicios que ofrecen cuidados personales a las personas mayores difieren no solo en cuestiones estructurales u organizativas, sino en algo fundamental que, en ocasiones, pasa inadvertido: la visión de las personas que atienden y el referente de buena praxis profesional que asociado a esta se va instaurando.

Los servicios gerontológicos tradicionales, especialmente las residencias que responden a un modelo institucional, vienen siendo objeto de una importante crítica en distintos países por su dudosa capacidad para proporcionar calidad de vida y bienestar a las personas que precisan cuidados. Las principales objeciones realizadas al modelo residencial institucional son su mirada a la "enfermedad" antes que a la "persona", la falta de personalización en la atención y el trato (horarios rígidos, numerosas normas dictadas por conveniencia organizativa, protocolos de atención pensados desde la lógica de las tareas, y no de las necesidades y preferencias individuales), las escasas oportunidades de elección y participación de las personas en sus cuidados, la falta de privacidad (habitaciones compartidas y muchas horas

de convivencia no elegida en salas comunes), la ausencia de actividades realmente significativas o la falta de integración en el entorno comunitario.¹

En este contexto de análisis, el enfoque que se conoce como *Atención Centrada en la Persona* (ACP) ha ido cobrando fuerza en estos últimos años, sobre todo en los países que cuentan con políticas sanitarias y sociales más avanzadas y, actualmente, se reconoce como un eje estratégico para la mejora de la calidad de los servicios de salud y de los cuidados a las personas mayores.

De hecho, organismos de salud de reconocido prestigio internacional como *The United States Agency for International Development (USAID)*, *The Institut of Medicine (IOM)*, *The Nacional Institute for Health and Care Excellence (NICE)* o *The Nacional Research Ageing (NARI)* han apostado por este enfoque incluyéndolo en sus propuestas de mejora al reconocer su potencialidad para mejorar los actuales servicios y sistemas sanitarios.

Por su parte, la *AGE Platform Europe* en colaboración con la *European Association for Directors of Residential Homes for The Ederly* (AGE & EDE, 2012),² en su documento de consenso *El marco europeo para la calidad de los cuidados de larga duración a personas mayores*, han enunciado los principios que definen un servicio de calidad, al incorporar tanto consideraciones relacionadas con la gestión como con la atención y señalar la orientación a la persona como un eje clave en la calidad de los servicios.

Incluso la propia Organización Mundial de la Salud³ ha declarado la imperiosa necesidad de avanzar hacia una atención integral y centrada en la persona señalándola como la estrategia principal para reorientar los sistemas de atención y cuidados a las personas mayores en cuanto a la mejora de su calidad y sostenibilidad.

Concretamente, en lo que atañe a los servicios residenciales, este enfoque se ha convertido en un importante marco de referencia para orientar un importante movimiento de cambio cultural que ya ha tenido lugar

en otros países del norte y centro de Europa, EE.UU., Canadá o Australia.⁴ Desde la ACP las residencias se conciben como lugares que deben permitir vivir y no solo sobrevivir. Deben ser recursos que se adapten a las personas, ofreciendo los cuidados profesionales necesarios, pero sin olvidar su principal misión que no es otra que apoyar y hacer posible vidas con sentido, para evitar que las personas, por el hecho de precisar cuidados, pierdan el control sobre su atención y actividad cotidiana.

Ciertamente, hoy en día no podemos conformarnos con el objetivo sociopolítico de crecer en recursos ni circunscribir las condiciones de calidad de estos con el cumplimiento de ciertas condiciones "objetivas" de tipo técnico. Hemos de dar respuesta a una exigencia ciudadana en aumento que demanda nuevas formas de hacer que garanticen el derecho a decidir de quienes precisan cuidados, que conozcan los modos de vida y preferencias individuales, que apoyen que las personas tengan control sobre su vida y cuidados para favorecer su bienestar subjetivo. Hablamos de integrar los requisitos técnicos en un marco de cuidados éticos. Hablamos de proteger y hacer efectivos derechos humanos que, a pesar de haber sido ya reconocidos por distintas declaraciones internacionales,^{5,6,7} así como por diferentes organismos europeos⁸ y de Latinoamérica,⁹ tienden a quedar, en no pocas ocasiones, en meros enunciados. Avanzar con autenticidad hacia centros y servicios orientados a

1. KOREN, M.J., "Person-Centered Care for Nursing Home residents: The Culture-Change Movement", *Health Affairs*, 29, Nº 2, 2010, pp.321- 317.

2. AGE Platform Europe & EDE (European Association for Directors of Residential Homes for the Ederly), *Marco europeo de calidad de los servicios de atención a largo plazo*, AGE&EDE, Europa, 2012.

3. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *WHO global strategy on people-centred and integrated health services*, WHO, Service Delivery and Safety, Ginebra, Suiza, 2015.

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

5. ONU, Asamblea General, Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 de diciembre de 1948, 217 A (III). Disponible en: <http://www.refworld.org/es/docid/47a080e32.html>. [Fecha de última consulta: 18 de diciembre de 2017].

6. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Principios a favor de las personas de edad*, Ginebra, 1991.

7. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, Convención Internacional Derechos Personas Discapacidad, Organización de las Naciones Unidas, Nueva York, 2006.

8. AGE Platform Europe & EDE (European Association for Directors of Residential Homes for the Ederly), *Carta Europea de Derechos y Deberes de las Personas Mayores que Necesitan Cuidados de Larga Duración y Asistencia*. AGE&EDE, Europa, 2010.

9. ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS (OEA), *Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, Asamblea General de los Estados Miembros de la OEA, Washington, 2015. Ver en esta publicación pág. 261 del Anexo Documental.

las personas puede ser una estrategia valiosa para dar este necesario paso de lo declarativo a lo efectivo.

La atención centrada en la persona: ¿qué es y qué propone?

La ACP ve "personas" antes que "enfermedades". Desde esta concepción del cuidado, la mirada de quienes cuidan, de quienes acompañan, parte del reconocimiento del otro como ser único, diferente y valioso. Incluso cuando hay un importante deterioro, se identifican las fortalezas del individuo para que pueda seguir desarrollando sus capacidades y manteniendo el máximo control sobre su vida y cuidados, lo que, en ocasiones, ha de realizarse mediante la representación, es decir, apelando al ejercicio indirecto de la autonomía personal a través de terceros, pero sin renunciar a esta.

Desde este enfoque, las decisiones en los centros y servicios no se toman exclusivamente desde criterios técnicos y organizativos. Los cuidados se organizan en el marco de procesos colaborativos con la persona mayor (y, en su caso, con su familia), en los que desde una actitud de escucha y respeto se tienen en cuenta necesidades, situaciones, valores y preferencias de las personas, buscando respuestas deliberadas y consensuadas.

De hecho, los modelos centrados en las personas pretenden armonizar la organización de los servicios con las preferencias y deseos de quienes necesitan atención y cuidados. Desde la ACP, la autonomía personal (entendida como la capacidad y derecho que las personas tenemos para decidir sobre nuestra propia vida) se reconoce como un asunto nuclear en la atención cotidiana y, en consecuencia, la gestión de los servicios se supedita a la calidad de vida de las personas.

Algunos autores¹⁰ han contrapuesto los modelos centrados en la persona con los centrados en el servicio señalando sus diferencias. Entre los aspectos que caracterizan a los primeros frente a los segundos, citan que los modelos ACP ponen su foco en las capacidades

y fortalezas de la persona (frente al déficit y enfermedad); planifican una intervención global en la que proponen planes de vida (frente a la intervención orientada a patologías o alteraciones específicas); las decisiones se comparten con la persona y familia (no las toman solo los profesionales); ven a las personas dentro de su entorno y comunidad y utilizan un lenguaje cercano y accesible.

La ACP parte del reconocimiento de la dignidad de toda persona con independencia de su estado físico, mental u otras circunstancias sociopersonales. Entre los elementos definitorios suelen ser destacados el reconocimiento de cada persona como ser global, singular y valioso junto con su derecho a la gestión de la propia vida y a decidir sobre sus cuidados. Esta visión del buen cuidado aporta elementos metodológicos innovadores como el cuidado basado en la historia de vida,¹¹ la planificación centrada en la persona¹² o los profesionales de referencia.¹³ Además, enfatiza el papel del entorno como facilitador (o barrera) de la ACP, cobrando gran relevancia elementos como una actividad cotidiana significativa,¹⁴ el diseño de espacios físicos hogareños¹⁵ o las variables organizativas de los servicios.¹⁶

10. LÓPEZ, A.; MARIN, A.I., y DE LA PARTE, J.M., "La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica", *Revista española sobre discapacidad intelectual*, 35(1), Nº 210, Siglo Cero, 2004.

11. MCKEOWN, J.; CLARKE, A.; INGLETON, C.; RYAN, T. & REPPER, J., "The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care", *International Journal of Older People Nursing*, Nº 5, 2010, pp. 148-158.

12. SEVILLA, J.; ABELLÁN, R.; HERRERA, G.; PARDO, C.; CASAS, X. y FERNÁNDEZ, R., *Un concepto de planificación centrada en las personas para el siglo XXI*. Fundación Adapta, 2009.

13. MARTÍNEZ, T.; DÍAZ-VEIGA, P.; SANCHO, M. y RODRÍGUEZ, P., *Modelo de atención centrada en la persona. Cuaderno práctico Nº 7. El profesional de referencia en centros*, Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, Álava, 2014.

14. SANCHO, M. y YANGUAS, J., "Evidencias sobre el bienestar cuando se realizan actividades plenas de sentido para las personas. La influencia de los entornos significativos", en RODRÍGUEZ, P. (eds.), *El modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica*. Tecnos, Madrid, 2014.

15. REGNIER, V., "Consideraciones críticas para el diseño de viviendas asistidas para personas mayores con fragilidad física o cognitiva", en RODRÍGUEZ, P. (eds.), *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia*, Fundación Caser para la Dependencia, Madrid, 2012, pp. 123-153.

16. MARTÍNEZ, T., *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*, Fundación Pílares para la Autonomía Personal, Madrid, 2016.

Terminología y acepciones de la ACP

La ACP no cuenta con una definición consensuada ni tampoco se viene expresando con una denominación única.

En el campo sanitario, el término "Patient-centered Care" (atención centrada en el paciente) es quizás el más frecuente, aunque también se utilizan otros, como "Patient-centred Medecine" (medicina centrada en el paciente), "Patient-centered Practice" (prácticas centradas en el paciente) o "Patient-centered Care" (cuidados centrados en el paciente).¹⁷ La tendencia actual es sustituir el término "paciente" por "persona" al considerarse que este último es más coherente con el mensaje principal del enfoque: reconocer a la persona como sujeto activo y situarla en el centro del proceso asistencial y de la toma de decisiones.¹⁸ Así mismo, expresiones como *Person-centered Care* (atención centrada en la persona), *Personalized Care or Practice* (atención o práctica personalizada) o *Individualized Care* (atención individualizada) o *Humanización de la atención* son actualmente usadas para denominar este modo de comprender la relación asistencial y la provisión de cuidados.

Otra denominación utilizada, fundamentalmente en Norteamérica, es la de *Person-Directed Care*, que puede ser traducida por *atención dirigida por la persona*. Esta expresión subraya el importante matiz de que es precisamente la propia persona mayor quien debe tener el control y, por tanto, quien debe dirigir su atención y cuidados, especialmente en cuanto al transcurso de lo cotidiano.¹⁹

En el ámbito de la atención a las personas con discapacidad, se viene utilizando el término *Person-centered Planning* (planificación centrada en la persona), que también quiere acentuar el objetivo clave del desarrollo de la autodeterminación en quienes, a pesar de presentar necesidades de apoyo, siguen teniendo derecho a ejercer control sobre su propia vida y a desarrollarla en un contexto normalizado y no segregador.

Aunque las diversas expresiones mencionadas ponen de relieve matices importantes, comparten el respeto al ejercicio de la autonomía de las personas usuarias de los servicios y la apuesta por una provisión de apoyos personalizados para que estas puedan ejercer de un modo efectivo un rol activo en la planificación de su atención, teniendo en cuenta su singularidad, su biografía y respetando sus valores, preferencias y deseos.

La ACP viene siendo definida, principalmente, como un enfoque de la atención, es decir, como un conjunto de valores rectores que, a su vez, se derivan de una visión determinada de las personas que precisan cuidados. Sin embargo, tampoco se ha llegado a una definición de la ACP consensuada. De hecho, existen numerosas definiciones que varían, sobre todo, en función del ámbito asistencial. Esta diversidad puede tener que ver con el hecho de que la ACP hace referencia a un constructo complejo y multidimensional donde distintos componentes entran en juego en cada contexto aplicado, tanto en relación con las prácticas profesionales que permiten una atención personalizada como con factores del entorno que la apoyan o dificultan. En referencia a las personas en situación de discapacidad o dependencia, resulta de especial interés la definición ofrecida por Rodríguez (2010),²⁰ quien afirma que la atención integral centrada en la persona "es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva".

A pesar de la mencionada diversidad terminológica y conceptual, sí cabe afirmar la existencia de cierto consenso en cuanto a los valores fundamentales que propone la ACP. En el decálogo que se muestran en el Cuadro 1, se resumen las diez asunciones que según una propuesta propia recientemente actualizada²¹ pueden caracterizar este enfoque de atención aplicado a las personas mayores.

17. DE SILVA, D., *Helping measure person-centred care*, The Health Foundation, Londres, 2014.

18. MEZZICH, J.E., "Reassessing the Focus of Medical Practice: From Diseases to Human Beings", *Acta Med Per*, 27(2), 2010, pp. 148-150.

19. CENTER FOR EXCELLENCE IN ASSISTED LIVING, *Person-centered Care in Assited Living: An informational guide*. Disponible en: <http://www.theceal.org>, Last retrieval, 15/12/2017.

20. RODRÍGUEZ, P., "La atención integral centrada en la persona", *Informes Portal de Mayores*, N° 116, Imserso, Madrid, 2010.

21. MARTÍNEZ, T., *Decálogo de la atención gerontológica centrada en la persona*. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/acp/decalogodocs/sudecalogo.htm>. [Fecha de última consulta: 15/12/2017].

Cuadro N° 1 Decálogo de la Atención Gerontológica Centrada en la Persona (Martínez 2013, revisado en 2017).

Decálogo de la atención gerontológica centrada en la persona

1. Todas las personas tenemos dignidad. Con independencia de la edad, las enfermedades, el estado cognitivo, el grado de discapacidad o dependencia, o cualquier otra circunstancia sociopersonal, las personas mayores son poseedoras de dignidad. Por tanto, deben ser tratadas con igual consideración y respeto que las demás.

2. Cada persona es única. Ninguna persona mayor es igual a otra. Cada persona tiene su propio proyecto vital. Por tanto, la atención personalizada es imprescindible y debe dirigirse a apoyar proyectos de vida propios y significativos.

3. La biografía es la razón esencial de la singularidad. La biografía es lo que convierte en única a cada persona mayor. Por tanto, esta se convierte en el referente básico del plan de atención y vida.

4. Las personas tenemos derecho a controlar nuestra propia vida. La persona mayor se considera un agente activo y protagonista de su proceso de atención. Por tanto, se ha de respetar la autonomía de las personas y se deben buscar oportunidades y apoyos para que estas tengan control sobre su entorno y su vida cotidiana.

5. Las personas con grave deterioro cognitivo también tienen derecho a ejercer su autonomía. La autonomía no se entiende como una capacidad única y fija. Por tanto, no se renuncia a trabajar desde la autonomía con las personas gravemente afectadas, identificando oportunidades y apoyos que permitan su

ejercicio. Y también la autonomía se entiende como un derecho que, cuando la persona no es competente para tomar decisiones y actuar, es ejercido de modo indirecto a través de los otros, quienes deciden teniendo en cuenta los valores y preferencias de quien es representado.

6. Todas las personas tenemos fortalezas y capacidades. Las personas mayores, aun teniendo altos niveles de dependencia, también tienen fortalezas y capacidades. Por tanto, la atención profesional no debe fijarse solo en los déficits y limitaciones, sino que ha de poner la mirada en las fortalezas y capacidades de cada persona, relacionarse desde ellas y buscar el fortalecimiento de estas.

7. El ambiente físico influye en el comportamiento y bienestar subjetivo. Especialmente en las personas con deterioro cognitivo o con gran dependencia, el ambiente físico cobra una gran importancia en relación con el bienestar subjetivo. Por tanto, es preciso lograr entornos hogareños, confortables, significativos, accesibles, predecibles y seguros.

8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar personal. Lo cotidiano, lo que sucede en el día tras día, las actividades que realizan las personas mayores influye de forma determinante en su bienestar físico y subjetivo. Por tanto, se han de procurar actividades plenas de sentido que refuercen la identidad de las personas, que respeten su edad adulta y que sean acordes con sus intereses. Actividades que, además de servir de estímulo y terapia, eviten el aislamiento social y resulten agradables y motivadoras para cada persona.

9. El ser humano es un ser social y nos relacionamos desde la interdependencia. Nos desarrollamos y vivimos en relación social y todos necesitamos de los demás para convivir y realizarnos plenamente. Mantener

relaciones sociales tiene efectos positivos en la salud y en el bienestar de las personas. Esto sucede a lo largo de toda la vida, y especialmente cuando las personas se encuentran en situación de dependencia. Por tanto, los otros —los profesionales, la familia, los amigos o los voluntarios— son esenciales en el desarrollo del proyecto vital de las personas a lo largo de todo el ciclo vital y tienen un rol clave en el ejercicio de la autodeterminación y el logro del bienestar físico y subjetivo. También las personas mayores, incluso cuando tienen un deterioro importante, deben ser valoradas como alguien que aporta y contribuye al bienestar de otros y recibir apoyos para que esto así sea y así se visibilice.

10. Las personas somos seres multidimensionales dinámicos, por tanto, sujetos a cambios. En las personas mayores, interactúan aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Precisan apoyos diversos y ajustados a las diferentes situaciones. Por tanto, resulta imprescindible ofrecer una atención que integre intervenciones integrales, coordinadas y flexibles.

Además, la ACP también viene siendo formulada o descrita desde modelos e intervenciones afines a esta filosofía de atención. En este sentido, puede resultar clarificador señalar que conviven tres acepciones o niveles en cuanto a la aplicación de la ACP: el enfoque, los modelos y las intervenciones.²² Conviene distinguir estos tres niveles porque, en ocasiones, pueden llegar a confundirse, como cuando se enuncia el enfoque (nivel declarativo) en un servicio sin que luego este se concrete en los procesos asistenciales y en las intervenciones. O viceversa, cuando se cae en el error de identificar la implantación de un modelo ACP en un centro con la aplicación aislada de medidas o intervenciones específicas

(por ejemplo, con la eliminación de sujeciones o la puesta en marcha de algunas terapias innovadoras). Poner en marcha ciertas medidas no significa, necesariamente, haber logrado implementar una filosofía ACP o un modelo global acorde con ella en centro o servicio.

Origen y evolución de la ACP en los cuidados de larga duración a personas mayores

El origen de la ACP se suele atribuir a Carls Rogers (1961) y a su principal contribución en el ámbito de la psicoterapia, la terapia centrada en el cliente.²³

Rogers 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, se enfatiza la importancia que tienen las actitudes y cualidades del terapeuta (la 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 rogerianas han sido trasladadas a diferentes ámbitos en los que los profesionales mantienen relaciones de ayuda como la educación (la atención centrada en el alumno), la salud (la medicina y salud centrada en el paciente o persona) o la discapacidad (la planificación centrada en la persona). En cuanto al desarrollo de la ACP en personas mayores, las principales aportaciones se han producido en los cuidados de larga duración. Concretamente su aplicación ha tenido una especial relevancia en dos campos: la atención a las personas con demencia y las alternativas residenciales al modelo institucional tradicional.

La ACP en personas con demencia

La primera vez que se habló de ACP en gerontología fue precisamente en la atención a las personas con demencia. El británico Tom Kitwood, fundador del Grupo de Demencias de Bradford (*Bradford Dementia Group*), fue quien acuñó el término *atención centrada en*

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

23. ROGERS, C., *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*, Constable, Londres, 1961.

la persona con demencia, al argumentar la urgencia de revisar los modos de atención existentes. Su publicación, *Demencia reconsidered: The person came first*,²⁴ enfatizó la necesidad de situar a la persona en primer lugar, antes que la enfermedad.

Según Kitwood, 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 individual, destacando la importancia de la personalidad, la biografía, la salud y el entorno social que rodea a la persona con demencia. Este autor puso de relieve el decisivo rol de quienes acompañan a la persona con demencia en relación con 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 estas (lo que calificó 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 un malestar atribuible a necesidades psicológicas y sociales no cubiertas.

Posteriormente, Down Brooker, también miembro del Grupo de Demencias de Bradford, propuso el modelo VIPS, en el que formula mediante 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. Esta autora, además, ha diseñado la *Care Fit for VIPS Toolkit*, una herramienta que permite evaluar la calidad de los servicios según este modelo, incluyendo para cada uno de estos cuatro componentes distintos indicadores que permiten conocer el progreso en la mejora de los servicios.²⁵

Además, el grupo de Bradford ha elaborado el *Dementia Care Mapping*,²⁶ un instrumento de observación para evaluar la calidad de vida de las personas con demencia avanzada que asume el enfoque ACP que está siendo muy utilizado en distintos países. 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 estas. El sistema de observación identifica detractores y potenciadores personales, lo que permite, una vez registrados, establecer líneas de mejora para favorecer el bienestar de las personas usuarias a través de la modificación ambiental y, principalmente, desde una interacción más positiva de los profesionales.

Esta mirada psicosocial de la demencia, donde la enfermedad o patología no es el aspecto único ni predominante, también la comparten otros modelos de intervención que asumen los principios de la ACP, como es el Modelo de las Necesidades No Cubiertas en las Demencias, el Modelo del Descenso del Umbral del Estrés, la Teoría de los Roles y la Autoidentidad o el Método de Estimulación de las Capacidades de las Personas con Demencia desde las actividades cotidianas de María Montessori. Propuestas que suponen un giro importante en el abordaje de las personas con demencia y abren nuevas alternativas en las intervenciones.²⁷

Finalmente, cabe destacar lo que han supuesto las aportaciones de la ACP en la atención a personas con deterioro cognitivo severo. En la revisión realizada por Edvardsson, Winblad, & Sandman (2008)²⁸ sobre la ACP aplicada a personas con enfermedad de Alzheimer de grado severo, se pone de relieve la importancia de que estas sigan siendo reconocidas desde su cualidad de "personas" y cómo esa consideración —existente o inexistente— influye en la definición del buen cuidado.

Estos autores argumentan que las personas que están en una fase avanzada de la enfermedad de Alzheimer, debido a su importante e irreversible deterioro

24. KITWOOD, T., *Dementia reconsidered: the person comes first*, Open University Press, Maidenhead- Berkshire, 1997.

25. BROOKER, D., *Person Centered Dementia Care: Making Services Better*, Jessica Kingsley, Londres, 2007.

26. BRADFORD DEMENTIA GROUP, *Dementia Care Mapping. DCM 8th*, University of Bradford, Bradford, 2005.

27. MITTY, E.; FLORES, S., "Assisted Living Nursing Practice: The Language of Dementia: Theories and Interventions", *Geriatric Nursing*, Vol. 28, Issue 5, 2007, pp. 283-288.

28. EDVARDSSON, D.; WINBLAD, B. & SANDMAN, P.O., "Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward", *The Lancet Neurology*, 7, 4, 2008, pp. 362-367.

cognitivo, tienden a ser percibidas por quienes las cuidan como sujetos carentes de "personalidad". Desde esta apreciación, el buen cuidado se tiende a identificar con la atención exclusiva de las necesidades físicas (alimentación, seguridad, higiene, hidratación, control del dolor, etc.), ignorando las necesidades psicosociales, lo que puede conducir a la "cosificación" y despersonalización de la atención. Si, por el contrario, se concibe que las personas con una demencia severa mantienen, en parte, su personalidad, el concepto de buena atención incluye, además de la atención a sus necesidades físicas, objetivos como mantener la comunicación y procurar un entorno adecuado que cubra las necesidades psicosociales y, en consecuencia, un cuidado que va mucho más allá de la mera realización de un conjunto de tareas asistenciales.

En esta línea, Edvardsson et ál. (2008) han sintetizado seis aspectos que caracterizan la ACP en relación con las personas con una enfermedad de Alzheimer avanzada: a) considerar que la personalidad en las personas con demencia se "oculta" frente a la idea de que se pierde totalmente; b) conocer la singularidad de la persona con demencia en los diferentes aspectos del cuidado; c) ofrecer una atención y entornos personalizados; d) posibilitar las decisiones compartidas; e) interpretar la conducta desde la perspectiva de la persona, y f) dar la misma importancia a los aspectos relacionales que a las tareas asistenciales.

Las alternativas críticas al modelo residencial tradicional

En segundo lugar, como anteriormente se ha mencionado, diferentes países han promovido programas para mejorar los servicios de salud y los cuidados de larga duración a personas mayores tomando como referente principal el enfoque ACP, especialmente para reorientar el modelo residencial institucional.

Haciendo un breve resumen (para ampliar esta información se recomiendan las publicaciones que figuran a pie de página)^{29 30} de lo que ha sido y supues-

to este recorrido, hay que recordar que los países nórdicos fueron los pioneros en este movimiento de cambio, abanderando ya en los años 60 el paso de las tradicionales residencias hacia diversos modelos de viviendas con apoyos para personas mayores con distintos grados de dependencia.

Este movimiento se fue extendiendo por distintos países de Europa y cobró una especial fuerza a partir de los 90 cuando la Comisión Europea auspició la creación de la Red Salmon (*Saumon Group*). Desde esta iniciativa, se impulsaron las llamadas *unidades de convivencia*, ideadas fundamentalmente para personas con demencia, también llamadas *viviendas compartidas* o *Cantou* (en Francia), que se fueron desarrollaron por Holanda, Bélgica, Reino Unido, Alemania o Francia. Esta concepción, de pequeñas casas, sigue siendo en la actualidad en estos países un importante referente para la reorientación de las grandes e institucionales residenciales construidas desde una visión hospitalaria.

Resulta de especial interés el movimiento norteamericano conocido como *The Culture-Change Movement*,³¹ que lidera desde hace décadas un importante proceso de cambio cultural en las residencias para personas mayores. Ante los informes y denuncias de un grupo de presión de consumidores sobre la protección de derechos y la calidad en estos establecimientos, el Gobierno Federal aprobó la ley OBRA 1987 (*Omnibus Budget Reconciliation Act*) en la que se formuló un nuevo marco normativo para las residencias. Se buscaba superar el modelo asistencial institucional sanitario por un modelo de verdadero hogar desde una atención centrada en la persona. De ahí surgieron iniciativas, como el *Houseshold Model*, la alternativa *Eden*, el *Wellspring Model* y las *Green Houses*.

Todas estas iniciativas residenciales innovadoras tienen elementos comunes y se enmarcan en lo que en España se ha traducido como el *modelo hogareño* o *housing*. De partida, el modelo *Housing* aboga por un despliegue diversificado de apoyos y recursos que hagan posible que las personas mayores sigan viviendo en su casa, incluso cuando estas presentan niveles

29. MARTÍNEZ, T., *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*, Fundación Pílares para la Autonomía Personal, Madrid, 2016.

30. RODRÍGUEZ, P., *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Diseño arquitectónico y modelo de atención*,

Fundación Caser para la Dependencia, Madrid, 2013.

31. KOREN, M.J., "Person-Centered Care for nursing Home residents: The Culture-Change Movement". *Health Affairs*, 29, 2, 2010, pp. 321-317.

importantes de dependencia. Sin embargo, cuando la persona, por diferentes motivos, no pueda seguir viviendo en su casa, se propone que la atención tenga lugar en alojamientos que, además de proporcionar cuidados profesionales a lo largo de todo el día, se asemejen lo más posible al concepto de hogar. La idea no es otra que vivir "fuera de casa, pero como en casa".³²

Los alojamientos profesionales que se proponen desde el paraguas *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 fragilidad o dependencia y requieren, por tanto, ser cuidadas por otros. Cabe subrayar algunas características comunes que aparecen recogidas en el Cuadro N° 2.

Cuadro N° 2. Algunas características de los alojamientos enmarcados en el Modelo *Housing*. Adaptado y ampliado de: VV.AA. Libro Blanco Dependencia, 2004; (Rodríguez, 2012).^{33 34}

Elementos del modelo residencial hogareño o *housing*

Ofrecen un ambiente cálido, "hogareño", agradable, personalizado y significativo. Se busca la **sensación de hogar**, se evitan los elementos que recuerdan a ambientes institucionales.

Combinan la **existencia espacios privados** que garanticen la intimidad (habitación y baño propio) con **otros de uso colectivo** que potencian la actividad social (salón, comedor, cocina, jardines, etc.).

Permiten y animan a que las personas lleven sus **propiedades** (muebles, pertenencias) para construir un hogar propio y

significativo y decoren sus **habitaciones de modo absolutamente personalizado**.

Apuestan por lograr un **modo de vida parecido al hogar** y 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.).

Cuando se opta por organizar el centro mediante unidades de convivencia, estas son de **tamaño reducido** (no más de 12/15 personas mayores) y tienen **cuidadores profesionales de asignación estable (sin rotación)**.

La organización de la actividad cotidiana la decide el propio grupo de convivencia. Se apuesta por la **autoorganización** entre profesionales de atención directa y personas mayores. También colaboran familias y voluntarios.

Proporcionan una atención personalizada, desde los derechos y deseos de la persona, incluida la **asunción de ciertos riesgos**.

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.

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 rol central, facilitando su incorporación en la vida cotidiana de cada unidad. Las familias colaboran en los cuidados y en la vida cotidiana, pues tienen un papel y presencia importante.

Son **recursos integrados en el entorno**. 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.

32. DÍAZ-VEIGA, P. y SANCHO, M., "Unidades de Convivencia. Alojamientos de personas mayores para vivir como en casa", *Informes Portal Mayores*, N° 132, Imsero, Madrid, 2012.

33. IMSERSO, Atención a las personas en situación de dependencia en España, Imsero, Madrid, 2005.

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

La importancia de aplicar la ACP desde modelos globales. El modelo ACP-Gerontología.

Un aspecto primordial en la aplicación de la ACP en los servicios gerontológicos es evitar que esta se limite a aspectos aislados o anecdóticos. No llegar a comprender su profundidad y alcance, la imprescindible globalidad que precisa su implementación, supone un riesgo importante para el avance real de este nuevo enfoque de atención. La ACP implica cambios a distintos niveles (visión y valores del servicio, actitudes, prácticas, ambientes, criterios organizativos, metodologías, etc.) y, por tanto, precisa de modelos globales que contemplen los distintos niveles de la cultura organizacional del servicio.

En este sentido, el modelo ACP-Gerontología,³⁵ proyecto en fase de validación de los distintos instrumentos que lo integran, surge con el propósito de facilitar y poder monitorizar planes de mejora globales y para ello propone un modelo que integra un total de diez componentes. La selección de estos componentes se realizó tras revisar las publicaciones técnicas y científicas existentes en el campo de la ACP en servicios gerontológicos, tanto referidas a modelos de atención como a instrumentos de evaluación.

Sus componentes se agrupan en torno a dos grandes dimensiones. La primera dimensión denominada *Prácticas centradas en la persona* hace referencia tanto al conjunto de actuaciones profesionales organizadas como a las diversas interacciones comunicativas informales que los cuidadores formales mantienen en el cuidado a lo largo del día. Incluye cinco componentes: conocimiento, autonomía, comunicación, individualización/bienestar e intimidad. La segunda dimensión, *Entorno facilitador de la ACP*, incluye un total de cinco componentes (actividad cotidiana, espacio físico, familia y amistades, comunidad y organización) al ser considerados elementos importantes para facilitar, o en su caso obstaculizar, la aplicación de prácticas centradas en la persona.

El modelo, en cuanto a su estructura y a la definición de sus componentes, ha sido validado por un grupo de

22 expertos/as nacionales en gerontología y atención centrada en la persona. El grupo era interdisciplinar e incluía especialización diversa en materias consideradas importantes en la definición de un cuidado centrado en la persona (medicina, psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social, gestión e inspección de servicios sociales, ética, etc.).

Los diez componentes fueron considerados por el grupo como elementos de alta pertinencia (puntuaciones medias en un rango entre 9,9 y 8,6). Las aportaciones realizadas avalaron la estructura del modelo y enriquecieron la definición de los componentes. En el cuadro N° 3, se recogen las definiciones finales de los diez componentes propuestos.

Cuadro N° 3. Dimensiones y componentes del modelo ACP-Gerontología (Martínez, 2017).

Dimensión 1. Prácticas centradas en la persona

1. Conocimiento

Grado en que los/as profesionales del servicio reconocen a las personas mayores que atienden como seres singulares y valiosos, conociendo sus biografías, sus valores, los hábitos y actividades que les generan bienestar (o malestar) en la vida cotidiana y sus preferencias en los cuidados.

2. Autonomía

Grado en que el centro y sus profesionales permiten y apoyan que las personas mayores tomen sus propias decisiones, participen en la atención y tengan control sobre las elecciones y cuestiones de su vida cotidiana. En el caso de personas con deterioro cognitivo avanzado, grado en que estas decisiones se toman teniendo en cuenta la historia de vida, valores y observación del bienestar de la persona.

3. Comunicación

Grado en que los/as profesionales se relacionan con las personas mayores de una forma

35. MARTÍNEZ, T., "Evaluación de los servicios gerontológicos: un nuevo modelo basado en la atención centrada en la persona", en *Revista Argentina de Gerontología y Geriátrica*, 31(3), Buenos Aires, 2017, pp. 83-89.

respetuosa y potenciadora, logran comunicarse con ellas comprendiendo y teniendo en cuenta la perspectiva de estas, incluso cuando tienen un importante deterioro cognitivo.

4. Individualización/bienestar

Grado en que la atención dispensada es flexible y se adapta a las necesidades y preferencias de cada persona mayor buscando tanto su bienestar físico como emocional.

5. Intimidad

Grado en que se protege la intimidad de las personas mayores, tanto en las atenciones corporales como en la protección de su información personal y asuntos más íntimos (problemas de salud, ideología, espiritualidad, afectividad, necesidades/orientación sexual, etc.).

Dimensión 2. Entorno facilitador de ACP

6. Actividad cotidiana

Grado en que el centro y sus profesionales proponen actividades estimulantes, agradables y significativas para las personas mayores y ofrecen apoyos para que estas participen si así lo desean.

7. Espacio físico

Grado en que el espacio físico del centro está orientado a las personas mayores al ser accesible, seguro, personalizado, y ofreciendo un ambiente confortable y hogareño.

8. Familia y amistades

Grado en que las familias (o amistades muy allegadas) pueden y son animadas a implicarse en la atención, colaborando en los cuidados y participando en la actividad cotidiana del centro.

9. Comunidad

Grado en que el centro estimula el contacto social, la presencia de personas de la comunidad en la vida cotidiana del centro y ofrecen

apoyos para que las personas mayores puedan utilizar servicios, acudir a actividades del barrio y mantener relaciones sociales con personas de fuera del centro.

10. Organización

Grado en que la organización explícita y lidera un modelo ACP, forma y apoya a sus profesionales, utiliza metodologías facilitadoras, es flexible y modifica su sistema organizativo para que ello sea posible.

Evidencias empírica sobre las aplicaciones de la ACP

En estos últimos años, se han incrementado notablemente las publicaciones científicas dirigidas a conocer los efectos de las aplicaciones afines a la ACP en distintos contextos de cuidados.

En el campo de la salud y los servicios sanitarios, resultan de especial interés las publicaciones de *National Voices*,^{36 37 38 39 40} en las que se revisó un importante número de estudios relacionados con cinco elementos clave en la ACP en salud: a) el autocuidado, b) las decisiones compartidas, c) la experiencia del paciente en consulta, d) la información y comprensión del paciente y d) la prevención. Para cada uno de ellos se detallan los resultados encontrados en distintas intervenciones, señalando si se evidencian mejoras en relación con el grado de conocimiento de los pacientes, con su satisfacción, con el uso y coste de los servicios y con datos objetivos de salud. Los resultados apuntan, en general, lo beneficioso de este tipo de aproximaciones y especialmente de algunas de las intervenciones evaluadas.

36. NATIONAL VOICES, *Prioritising person-centred care*, Supporting self-management, National Voices, UK, 2014.

37. NATIONAL VOICES, *Prioritising person-centred care*, Supporting shared decision-making, National Voices, UK, 2014.

38. NATIONAL VOICES, *Prioritising person-centred care*, Enhancing experience supporting, National Voices, UK, 2014.

39. NATIONAL VOICES, *Prioritising person-centred care*, Improving information and understanding, National Voices, UK, 2014.

40. NATIONAL VOICES, *Prioritising person-centred care*, Promoting prevention, National Voices, UK, 2014.

Tabla 1. Resumen de efectos encontrados de aplicaciones ACP en residencias: personas mayores, familias y profesionales de atención directa.

Efectos de aplicaciones ACP en residencias		Estudios
En personas mayores	<p>Reducción de la agitación y el malestar emocional de las personas con demencia. Ningún estudio encuentra efectos negativos en cuanto al incremento de malestar o agitación.</p> <p>Incremento de la calidad de vida, especialmente de personas con demencia avanzada.</p> <p>Resultados no concluyentes en relación con efectos positivos en nivel cognitivo o funcional.</p> <p>Mayor implicación en el entorno de las personas con demencia.</p>	<p>Ballard et ál., 2018; Bergman-Evans, 2004; Chenoweth et ál., 2014; Moniz et ál., 2003; Robinson & Roshe, 2006; Sloane et ál., 2004; Zimmerman et ál., 2013.</p> <p>Ballard et ál., 2018; Chenoweth et ál., 2014; Díaz-Veiga et ál., 2014; García-Soler et ál., 2017; Kane et ál., 2007; 2014; Nakanishi et ál., 2012; Poey et ál., 2017; Sjogren et ál., 2013; Terada et ál., 2013; Yasuda & Sakakibara, 2017.</p> <p>Ballard et ál., 2018; Chang et ál., 2013; Coleman et ál., 2002; Te Boekhorst et ál., 2009; Terada et aa., 2013; Verbeek et ál., 2010; Chang et ál., 2013; Coleman et ál., 2002; Sjogren et ál., 2013; Te Boekhorst et ál., 2009; Verbeek et ál., 2010.</p> <p>Ashburner et ál., 2004; García-Soler et ál., 2017; Morgan-Brown et ál., 2013.</p>
En familias	<p>Mayor satisfacción con la atención.</p> <p>Aumento de la implicación en el cuidado y mayor percepción de apoyo dispensado a las familias desde el centro.</p>	<p>Díaz-Veiga et ál., 2014; Lum et ál., 2008; McKeown et ál., 2010; Poey et ál., 2017; Robinson & Roshe, 2006; Lum et ál., 2008; McKeown et ál., 2010.</p>
En profesionales de atención directa	<p>Mejora de actitudes empáticas y prácticas de atención personalizada.</p> <p>Incremento de la satisfacción laboral.</p> <p>Disminución del estrés laboral y de los factores implicados en el estrés laboral (disminución de la percepción de demanda, aumento de la percepción de autonomía y del apoyo recibido).</p> <p>Reducción del estrés de conciencia.</p> <p>Reducción de los factores implicados en el síndrome Burnout (agotamiento emocional, despersonalización en la atención y baja realización personal en el trabajo).</p>	<p>Alfredson & Anneerstedt, 1994; Ashburner et ál., 2004; Berkhout et ál., 2003; Hoeffler et ál., 2006; McCormack et ál., 2010; Passalacqua & Harwood, 2012; Zimmerman et ál., 2014.</p> <p>Alfredson & Anneerstedt, 1994; Ashburner et ál., 2004; Dilley & Geboy, 2010; McCormack et ál., 2010; Roen et ál., 2017; Te Boekhorst et ál., 2008; Van del Pol-Grevelink et ál., 2012.</p> <p>Dilley & Geboy, 2010; Edvardsson et ál., 2014; Hayajneh & Shehadeh, 2014; Martinez, 2015; McCormack et ál., 2010; Passalacqua & Harwood, 2012; Te Boekhorst et ál., 2008; Van del Pol-Grevelink et ál., 2012; Zimmerman et ál., 2014.</p>

En relación con las evidencias de aplicaciones de la ACP en servicios gerontológicos, cabe mencionar el trabajo realizado por Brownie y Nancarrow (2013),⁴¹ en el que se analizaron intervenciones llevadas a cabo en

alojamientos enmarcados en el modelo hogareño. Esta revisión destaca que en los centros acogidos a la Alternativa Eden se describen mejoras en el estado de ánimo de los residentes —disminución del aburrimiento y del sentimiento de desesperanza—,⁴² así como una reducción

41. 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.

42. 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.

de la depresión;⁴³ y que además en otra investigación sobre el modelo *Green Houses* se identifican mejoras de la calidad de vida percibida en los residentes alojados en estos centros frente al grupo control (modelo residencial institucional).⁴⁴

En otra revisión más reciente de aplicaciones ACP en contextos residenciales,⁴⁵ incluidos tanto estudios transversales (comparan centros residenciales institucionales con modelos *housing*) como estudios longitudinales (centros evaluados antes y después de llevar a cabo un proceso de formación y aplicación de la ACP) se concluye, en general, el hallazgo de efectos positivos tanto para las personas mayores, como para las familias y para los profesionales de atención directa. En la Tabla 1 se resumen los principales efectos encontrados. Las referencias completas de los estudios citados pueden ser consultadas en la revisión anteriormente citada.

Aun siendo necesario contar con más estudios que avalen estas primeras conclusiones y, sobre todo, trabajos que detallen los efectos en relación con los distintos componentes que definen los modelos e intervenciones afines a la ACP en los distintos contextos de cuidados (residencias, diurnos, domiciliarios), no parece aventurado concluir que estos modelos muestran efectos positivos no solo para las personas mayores, especialmente para aquellas con mayor deterioro, sino también para los profesionales de atención directa y, en consecuencia, para las organizaciones.

Sin negar la importancia y la necesidad de que las aplicaciones de modelos e intervenciones afines a la ACP vayan de la mano y orientación de la evidencia científica, no debemos perder de vista que lo que este enfoque persigue es la corrección ética del cuidado. Es decir, su principal base o fundamentación es de naturaleza ética, en cuanto que es un enfoque que parte del reconocimiento de la dignidad de toda persona mayor,

con independencia de su estado o circunstancia y que, en consecuencia, busca y exige un trato respetuoso mediante de intervenciones profesionales que se orientan desde valores muy determinados (los que han sido señalados anteriormente).

La ética, y no la ciencia, es la que debe orientar hacia el qué de la atención (señalando los principios orientadores del buen hacer) desde una reflexión del por qué de su bondad (la búsqueda del bien o la buena vida de las personas que conviven). La evidencia científica, entendida como una de las formas de conocimiento, aporta datos y conclusiones que pueden y deben orientarnos sobre la efectividad de las intervenciones en relación con objetivos propuestos, sobre los modos más eficientes de lograrlos y también sobre las desviaciones o efectos negativos no esperados. Nos orienta, por tanto, sobre el cómo.

Desde esta argumentación, la ausencia de resultados significativos sobre la efectividad de algunas intervenciones ACP, donde las dificultades metodológicas son importantes (como no podría ser de otra manera dada la complejidad del objeto de estudio), no deberían conducir a un cuestionamiento del qué.

La atención centrada en la persona, un largo viaje por recorrer

El enfoque ACP, que como hemos visto cuenta ya con cierto recorrido en el ámbito internacional, es todavía muy inicial en los recursos gerontológicos españoles y latinoamericanos.

En lo que atañe a las residencias, cabe afirmar que todavía hoy se inspiran, mayoritariamente, en modelos asistenciales institucionales. Incluso algunos centros de novedosas instalaciones y esmerada apariencia, pecan de una atención escasamente personalizada y cuentan con un modelo organizativo que, frecuentemente, hace muy difícil que las personas tengan control real sobre sus cuidados y su actividad cotidiana. Decisiones como a qué hora levantarse, acostarse, qué actividades realizar, dónde comer, cómo pasar el día o con quién estar, cuando la persona precisa ayuda, son organizados desde el centro, sin tener en cuenta las costumbres y deseos de esta, quien debe acatar y

43. ROBINSON, S.B. & ROSHE, R.B., "Tangling with the barriers to culture change: creating a resident-centered nursing home environment", *J GerontolNurs*, 32, 2006, pp. 19-27.

44. KANE, R.A.; LUM, T.Y.; CUTLER, L.J.; DEGENHOLTZ, H.B. & YU, T.C., "Resident outcomes in small-house nursing homes: A longitudinal evaluation of the initial Green House program", *Journal of American Geriatrics Society*, 55, 2007, pp. 832-839.

45. MARTÍNEZ, T., *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*, Fundación Pílares para la Autonomía Personal, Madrid, 2016.

acostumbrarse a estas rutinas.⁴⁶ Las decisiones sobre qué cuidados se precisan y cómo deben ser dispensados las suelen tomar los profesionales contando poco las preferencias, rechazos y deseos de quien los recibe.

Las habitaciones, habitualmente compartidas sin que esto responda a una libre elección, restringen seriamente la privacidad de las personas y la especialmente posibilidad de mantener relaciones afectivo-sexuales en espacios que garanticen la intimidad.^{47 48 49}

Se siguen construyendo residencias de gran tamaño que toman como referencia el modelo arquitectónico y organizativo hotel/hospital, ignorando el conocimiento empírico que señala el modelo hogareño como una alternativa mejor para generar bienestar y calidad de vida, especialmente cuando las personas tienen una demencia.⁵⁰

Nos encontramos en un momento de creciente interés hacia la ACP, pero hemos de ser conscientes de que todavía no cuenta con suficiente desarrollo ni con un generalizado respaldo institucional. En el plano declarativo, estamos avanzando, cada vez hay mayor conciencia y reflexión sobre la necesidad de un giro en la mirada hacia la calidad de los servicios, donde lo material y organizativo debe estar supeditado a objetivos de calidad de vida significativos para las personas.

Estamos en un momento clave en el que es necesaria una apuesta clara, inequívoca, pública y privada que lleve a la práctica los nobles y comúnmente aceptados

principios y enunciados de la ACP. Y esto no es algo fácil ni siempre es lo realmente buscado.

Esta situación en la que al alto interés se añade una insuficiente aplicación y una escasa evaluación de estas nos sitúa en un proceso de construcción de nuevos modelos de atención gerontológica, a la vez que nos enfrenta a numerosos retos a los que dar respuesta y también a ciertos riesgos que deberemos evitar.

Propone retos que implican a muchos agentes: profesionales, familias, personas mayores, administraciones públicas, empresas privadas, organizaciones sindicales, movimiento asociativo, sociedades científicas y universidades. Retos que, como tales, abren nuevos horizontes y alientan una especial motivación, pero que, a su vez, también requieren de un gran esfuerzo y de una actitud abierta a la revisión y a la innovación.⁵¹

En primer lugar, nos enfrentamos al reto de recuperar/construir un nuevo rol profesional. La ACP plantea una forma de relación con las personas mayores basada en su empoderamiento desde una atención profesionalizada. Esto implica el cambio de un modelo de atención paternalista hacia un enfoque de derechos y de potenciación de la autonomía de las personas.

En segundo lugar, hemos de ser conscientes de que la aplicación de estos modelos hace necesario promover cambios en distintos ámbitos. En el diseño arquitectónico y la configuración de los espacios físicos de los centros, especialmente de las residencias; en los modelos de gestión/organización del centro (procesos, protocolos, programas, normas), para que sean acordes con este modelo de atención; en las normativas (autorización, inspección y acreditación), para modificar requisitos que chocan con este modelo de atención, o en los sistemas de evaluación de la calidad, que se centran solo en la calidad de la gestión.

Además tenemos que ser capaces de lograr un modelo eficiente y sostenible. Es necesario realizar estudios que ofrezcan información sobre el coste de los distintos modelos en nuestro contexto y explorar nuevas fórmulas organizativas que faciliten su implementación.

46. Entrevista publicada en la revista *N3WS Tercera Edad* "Estamos solo en el inicio de un cambio de modelo asistencial". *N3WS Tercera Edad*, Nº 37, marzo de 2016. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/articulos%20prensa/news3edadmRZO2016.pdf>. [Fecha de última consulta: 12/12/2017].

47. VV.AA., "Respetando la intimidad: protección y trato cálido. Recomendaciones para la buena praxis en servicios sociales", *Serie Ética y Servicios Sociales*, Nº 2, Consejería de Derechos y Servicios Sociales del Principado de Asturias, Oviedo, 2016.

48. VILLAR, F.; TRIADÓ, C.; CELDRÁN, M. y FABÀ, J., *Sexualidad y personas mayores institucionalizadas: la perspectiva del residente y la perspectiva del profesional*, Imsero, Madrid, 2011.

49. VILLAR, F.; CELDRÁN, M.; FABÀ, J.; SERRAT, R. y MARTÍNEZ, T., *Sexualidad en entornos residenciales de personas mayores. Guía de actuación para profesionales*, Fundación Pílares para la Autonomía Personal, Madrid, 2017.

50. DÍAZ-VEIGA, P. y SANCHO, M., "Unidades de convivencia. Alojamiento de personas mayores para 'vivir como en casa'", *Informes Portal Mayores*, nº 132, Imsero, Madrid, 2012.

51. MARTÍNEZ, T., "La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores", *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, Nº 41, 2013, pp. 209-231.

Finalmente, nos enfrentamos al reto de generar una nueva cultura de la calidad en los servicios gerontológicos orientada a la persona. La implantación de sistemas de calidad en los recursos gerontológicos es reciente y se viene desarrollando mayoritariamente desde la casi exclusiva atención a la calidad de la gestión. Es imprescindible generar una nueva visión y cultura de la calidad en servicios sociales, no otorgando a la protección y a la seguridad la categoría de criterios únicos. Criterios relacionados con la calidad de vida en los que dimensiones como la autodeterminación o el bienestar emocional tengan un peso determinante.

Para concluir este artículo, quiero insistir de nuevo en que hemos de ser conscientes de que la ACP supone un cambio de visión sobre las personas mayores, sobre la apreciación del buen cuidado y, en suma, de la cultura de nuestras organizaciones, a menudo planteadas desde el paradigma de la enfermedad y desde una organización centrada en los servicios. Por ello me parece necesario identificar algunos riesgos que pueden dificultar el incipiente desarrollo de este enfoque y modelos:⁵²

- Simplificar lo que es y suponer estos modelos de atención. Hemos de entender que apostar por la ACP supone abordar un cambio cultural y organizativo. Hemos de evitar tomarlo como una "moda", o quedarnos en modificaciones aisladas o no sustanciales.
- Pensar que "eso ya lo hacemos", sin haber chequeado antes a fondo nuestras intervenciones cotidianas desde criterios o descriptores de atención centrada en la persona.
- Creer que la ACP es una atención desprofesionalizada que no requiere cualificación, pensar que con el afecto o la amabilidad es suficiente restando importancia a la suficiencia y cualificación de los recursos humanos, a las habilidades y conocimientos técnicos sobre el cuidado. Hemos de evitar que, malinterpretando este enfoque, se busque un simple ahorro de recursos humanos, cuestión diferente al objetivo

de la relación costo-eficiencia que siempre es deseable.

- Caer en la inhibición profesional cuando las personas participan poco o demandan actuaciones que claramente suponen perjuicio para ellas mismas argumentando que, como ahora las personas son las que deciden, lo que se haga o no se haga es su responsabilidad.
- Llevar a cabo propuestas de cambio no planificadas, improvisando o quedando en la fase inicial de los proyectos, en los primeros logros, sin prever la necesaria consolidación que precisa todo progreso.
- Realizar una inadecuada gestión del cambio, bien por una inadecuada comunicación, por una insuficiente formación o apoyo a los profesionales, por falta de liderazgo de los responsables o de participación de los agentes implicados en los cambios.

Apostar por la ACP nos invita hacia un largo viaje por recorrer. Nos conduce, como profesionales, como equipos, como servicios, como comunidades a transitar un camino no exento de dificultades. ¿Antídotos para estos riesgos? Creencia, autenticidad, formación y rigor. Todo lo cual no es posible sin compromiso a distintos niveles: individual, organizacional, social y político.

La ACP, dicen algunos, es un camino que no tiene retorno, ya que apuesta por lo que las personas deseamos en el caso de necesitar cuidados: seguir adelante con nuestra vida y poder contar con apoyos y servicios que nos permitan desarrollarla dignamente, dando respuesta a nuestras necesidades de atención, pero de forma acorde con nuestros valores, preferencias y decisiones. Quizás este sea el argumento que mayor posibilidad ofrezca a su real desarrollo futuro. La exigencia, por tanto, está en nuestras manos.

La ACP es una apuesta por los derechos humanos, por el buen trato, por la buena vida de quienes precisan cuidados y de quienes acompañan, familias y profesionales. Es una apuesta que integra el conocimiento científico y las competencias profesionales en un marco ético que busca no solo proteger derechos reconocidos, sino mejorar las vidas de las personas que necesitan

52. MARTÍNEZ, T., "La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos", *Actas de la Dependencia*, Nº 8, 2013, pp. 25-47.

cuidados y también de quienes las atienden, acercándonos al complejo mundo de la subjetividad.

La ACP busca el respeto de las personas mayores que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad o en riesgo de discriminación. No es admisible que debido a circunstancias como la pobreza, la etnia, la demencia o la orientación sexual (como vienen denunciando los movimientos en defensa de los derechos de personas mayores LGTB) sean discriminadas en cuanto al ejercicio de sus derechos y al trato recibido.

Las personas mayores, con independencia de su edad, de sus circunstancias personales, de salud y sociales, siguen siendo ciudadanos y, en consecuencia, siguen siendo portadoras de derechos. Hemos de avanzar hacia servicios cuyo objetivo sea ayudar a las personas mayores a **vivir** ofreciendo apoyos personalizados que contribuyan, desde el respeto y puesta en valor de la diversidad, al disfrute de una vida propia, autodirigida y significativa. Custodiar y sobrevivir no pueden ser los únicos objetivos. Esta es la nueva mirada a la calidad y a la innovación con la que los servicios gerontológicos deben avanzar, la que cada vez más personas (mayores, profesionales, familiares, proveedores de servicios, responsables públicos, etc.) defendemos e impulsamos.