

La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores

**The Person-centred Care (PCC). Approach and models
to the good treatment of the elderly people**

Teresa MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

Consejería de Bienestar Social y Vivienda
m.teresa.martinezrodriguez@asturias.org

RESUMEN

El objetivo de este artículo es mostrar la Atención Centrada en la Persona (*ACP*) como un enfoque para orientar la mejora de la calidad asistencial de los recursos gerontológicos desde la óptica de la calidad de vida de las personas. Para ello, en primer lugar se enuncian los principios que orientan este enfoque en su aplicación a la atención a las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Posteriormente se revisa el origen de este enfoque, sus principales referentes así como las principales aportaciones y aplicaciones llevadas a cabo en el ámbito internacional. Finalmente se analiza el momento de desarrollo de la *ACP* en España en cuanto a los servicios gerontológicos donde en los últimos años se aprecia un creciente interés por este enfoque, señalando algunos de los principales retos y riesgos que en la actualidad han de ser tenidos en cuenta.

PALABRAS CLAVE

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

ABSTRACT

This paper aims to present the Person-centred Care (PCC) approach as a guide to improve the welfare quality of the gerontological resources from a people's quality of life perspective. First, the guidelines of this approach, as applied to the assistance to the elderly in a situation of vulnerability or dependency, are listed. Then, the origins of this approach, its main referents, contributions and applications in the international arena are reviewed. Lastly, the PCC stage of development in the context of assistance services for the elderly in Spain (where in the last years there appears to be an increasing interest in this approach) is reviewed while some of the main challenges and risks to be currently faced are pointed out.

KEY WORDS

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

1. LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA (ACP), UN ENFOQUE PARA ORIENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DESDE LA CALIDAD DE VIDA

En estos últimos años se aprecia un creciente interés en los servicios gerontológicos de nuestro país hacia lo que se ha denominado la Atención Centrada en la Persona (ACP) (Rodríguez, 2010; Martínez 2011; Vila, Villar, Celdrán y Fernández, 2012). Se opta por esta denominación como traducción del término *Person-Centred Care* (PCC), acuñado desde hace varias décadas y que viene siendo utilizado en campos como la salud, la atención a las personas con discapacidad o a las personas mayores que precisan cuidados de larga duración. Enfoque que los países más avanzados en políticas sociosanitarias (Reino Unido, Países Nórdicos, Canadá, Francia, Australia o Estados Unidos, entre otros) han señalado como elemento clave para la mejora de la calidad asistencial 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: su modelo de atención y, concretamente si se permite y apoya a las personas para que puedan seguir con su proyecto y modo de vida.

Los principios rectores de la atención gerontológica (personalización, integralidad, promoción de la autonomía y la independencia, participación, bienestar subjetivo, privacidad, integración social o continuidad de la atención) definen lo esencial del modelo de atención. Estos principios, a pesar de ser generalmente enunciados, pueden quedar en la declaración de intenciones si su concreción en el día a día de los servicios y centros se tropieza con dificultades como la inflexibilidad organizativa, las prácticas y espacios que no protegen la intimidad o los procedimientos asistenciales uniformes que no permiten una atención personalizada.

Para evitar estos riesgos, los modelos de atención centrados en la persona buscan armonizar las organizaciones con las preferencias y deseos de las personas que necesitan atención y cuidados. Desde la ACP, la autonomía (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 la gestión del



centro o servicio se supedita a la calidad de vida de las personas (Martínez 2009, 2010).

El término *Atención Centrada en la Persona* no viene siendo utilizado desde una única acepción o significado (Morgan y Joder, 2011). En este sentido, cabe distinguir, al menos, tres tipos de usos de la *ACP*: como enfoque, como modelos que lo conceptualizan y como metodologías de intervención acordes (Martínez, 2011).

La *ACP*, como enfoque, comprende un conjunto de principios o enunciados que orientan la atención dispensada desde distintos niveles –organización, servicios o profesionales-. Entre estos principios figuran: el reconocimiento de cada persona como ser singular y valioso, el necesario conocimiento de las biografías, la apuesta porque las personas mayores, aun precisando cuidados puedan tomar decisiones sobre su atención y controlar su vida cotidiana, o la importancia del entorno (espacio físico, cuidadores y organización) para empoderar a las personas proporcionando los apoyos que lo permitan (Nolan, Davies, Brown, Keady y Nolan, 2003; McCormack 2004).

A modo de decálogo, se muestran en la tabla nº 1, diez asunciones que caracterizan y resumen este enfoque de atención.

Tabla nº 1 Decálogo de la Atención Centrada en la Persona (Martínez 2013)

- 1. Todas las personas tienen dignidad.** Con independencia de la edad, las enfermedades, el estado cognitivo o el grado de discapacidad o dependencia 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.
- 3. La biografía es la razón esencial de la singularidad.** La biografía es lo que convierte en única a cada persona mayor. Por tanto, ésta se convierte en el referente básico del plan de atención.
- 4. Las personas tienen derecho a controlar su propia vida.** La persona mayor se considera como un agente activo y protagonista de su proceso de atención. Por tanto, se respeta la autonomía de las personas y se buscan oportunidades y apoyos para que éstas tengan control sobre su entorno y su vida cotidiana.



5. Las personas con grave afectación cognitiva 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 tienen fortalezas y capacidades. Las personas mayores, aun teniendo altos niveles de dependencia, también tienen fortalezas y capacidades. Por tanto, la mirada profesional no se fija solo en los déficits y limitaciones y busca una relación que reconoce las fortalezas y capacidades de cada persona y el fortalecimiento de las mismas.

7. El ambiente físico influye en el comportamiento y bienestar subjetivo. Especialmente en las personas en situación de dependencia, el ambiente físico tiene gran importancia en su bienestar subjetivo. Por tanto, es preciso lograr entornos accesibles, confortables, seguros y significativos.

8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia. Lo cotidiano, lo que sucede en el día a día, las actividades que realizan las personas mayores influye de forma determinante en su bienestar físico y subjetivo. Por tanto se procuran actividades plenas de sentido que además de servir de estímulo y terapia resulten agradables y hagan sentir bien a las personas.

9. Las personas son interdependientes. El ser humano se desarrolla y vive en relación social; necesita a los demás y a la vez influye en ellos. Por tanto, los otros -los profesionales, la familia, los amigos o los voluntarios- son esenciales en el desarrollo del proyecto vital de las personas y tienen un papel clave en el ejercicio de la autodeterminación y en el logro del bienestar.

10. Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios. En las personas mayores interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Requieren de apoyos diversos y ajustados a las diferentes situaciones. Por tanto, es preciso ofrecer atención desde intervenciones integrales, coordinadas y flexibles.

Un aspecto que no podemos perder de vista es que la *ACP* aporta una visión radicalmente diferente de otros abordajes más clásicos que también buscan la atención individualizada. De hecho, algunos autores (Sevilla, Abellán, Herrera, Pardo, Casas y Fernández, 2009;

López, Marín y de la Parte, 2004) han llegado a contraponer los modelos centrados en la persona con aquellos centrados en el servicio. Entre las características que diferencian los primeros de los segundos se ha señalado que los modelos centrados en las personas: sitúan su foco en las capacidades y fortalezas de la persona (frente a los déficits y enfermedades); su intervención es global proponiendo planes de vida (frente a intervenciones parciales); las decisiones se comparten con la persona y familia (frente a la decisión y poder único del profesional); ven a las personas dentro de su entorno y comunidad (frente al encuadre aislado en los servicios sociales); y utilizan un lenguaje cercano y accesible (frente a un lenguaje clínico y repleto de tecnicismos).

2. ORIGEN Y REFERENTES DE LA ACP

Existe acuerdo en otorgar a la psicología humanista, concretamente a Carls Rogers y a la *Terapia Centrada en el Cliente* (Rogers, 1961) el origen de la ACP.

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

Las aportaciones de Rogers han sido trasladadas a diferentes campos de intervención donde los profesionales mantienen relaciones de ayuda como la educación donde se habla de la atención centrada en el alumno, la salud donde se utilizan términos como medicina y salud centrada en el paciente o la discapacidad donde se hace referencia a la planificación centrada en la persona.

Por su proximidad e interés para las intervenciones gerontológicas nos detendremos brevemente en la aplicación de este enfoque a las personas con discapacidad. En este campo surge entorno a los años 70 la *Planificación Centrada en la Persona* como un movimiento de reivindicación de los derechos de las personas con discapacidad y, especialmente, en torno a la normalización en países como Canadá, EE.UU. y Reino Unido. Su principal propósito era, y es, la defensa de

la autodeterminación y la visibilización de las capacidades de este grupo social, procurando instrumentos y procedimientos que permitan conseguir dichos objetivos.

La *Planificación Centrada en la Persona*, versus la planificación individual clásica, ha sido definida como una metodología facilitadora para que la propia persona con discapacidad, sobre la base de su historia, sus capacidades y sus deseos, planifique las metas que quiere alcanzar para mejorar su vida. Para ello puede ser necesario, si la persona presenta una grave afectación, posibilitar el ejercicio de su autodeterminación de una forma indirecta, es decir mediada por otros, ofreciendo un grupo social referencial así como los apoyos precisos (Mount 1990; Mount, Ducharme y Beeman, 1991; Moos y Wiley, 2003; Fundación San Francisco de Borja (FEAPS), 2007).

En lo que acontece a la atención a las personas mayores que precisan cuidados, el enfoque *ACP* se ha visto enriquecido desde aportaciones que proceden de tres fuentes: las declaraciones y consensos internacionales sobre cómo favorecer un envejecimiento positivo, la ética y el conocimiento científico.

La *ACP* se alinea con las normativas nacionales e internacionales que pretenden destacar el respeto a la dignidad y la protección de derechos como la intimidad, la autonomía moral o la inclusión social. En este sentido cabe recordar la Declaración Universal de Derechos Humanos (Naciones Unidas 1948), los Principios a favor de las personas de edad (OMS 1991), el modelo social de la discapacidad y Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF (2001), el modelo de Envejecimiento Activo (OMS 2002), la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas 2006) o la Carta europea de derechos y deberes de las personas mayores que necesitan cuidados de larga duración y asistencia (AGE y EDE, 2010).

Cabe también destacar que la *ACP* toma como referente esencial la bioética (Beauchamp y Childress, 1979; Gracia, 1989, 1991) y sus principios (no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia) como marco esencial para definir la calidad asistencial y las buenas prácticas profesionales, resultando de especial valor como método deliberativo ante las situaciones cotidianas donde se producen conflictos de valores y es preciso encontrar soluciones prudentes.



Además hay que subrayar que la *ACP* se fundamenta en aportaciones basadas en la evidencia científica como las que proceden de los modelos de envejecimiento exitoso o competente (Rowe y Kahn, 1987; Baltes y Baltes, 1990), los modelos que incluyen variables psicosociales como antecedentes de la dependencia (Baltes y Wahl, 1991; Little, 1988), los modelos ecológicos (Bronfrenbrenner, 1979; Kahana, 1975; Lawton 1975; Moos, 1974; Fernández-Ballesteros, 1987) o los modelos de calidad de vida (WHO, 1996; Fernández- Ballesteros y Zarrón, 1996, 1997; Schalock y Verdugo, 2002, 2003).

En conclusión, la *ACP* se asienta en tres pilares que hacen que la *ACP* y los modelos afines tengan una sólida base que integra la visión ética, el conocimiento empírico y las declaraciones y normativas democráticas que reconocen la igualdad de oportunidades como elemento fundamental para hacer efectivos los derechos de la ciudadanía.

3. MODELOS Y APLICACIONES DE LA ACP EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES

216

Diferentes países han promovido programas para mejorar la asistencia a las personas mayores que precisan cuidados de larga duración orientados desde la *ACP*. Cabe destacar iniciativas gubernamentales como las llevadas a cabo en Países Nórdicos¹, Reino Unido², Australia³, Francia⁴ o Estados Unidos⁵, al haber apostado con firmeza

¹ Desde la década de los 60 en los Países Nórdicos se viene apostando por integrar políticas de vivienda, sanidad y servicios sociales, impulsando viviendas con servicios de apoyo para las personas en situación de dependencia. Es frecuente las viviendas en grupos muy reducidos de residentes (10-12) que comparten espacios comunes con apartamentos privados. En Dinamarca desde 1987 (Housing for the Elderly Act) se abandona la construcción de las residencias tradicionales.

² En Reino Unido cabe citar iniciativas como la denominada Homes are for living in, Heath Department, 1989; National Service Framework for old people 2001; Living well in later life (Healthcare commission, The commission for social care inspection –CSCI- and The Audit Commission, 2006)

³ En Australia Victorian cabe citar: Department of human services, 2006; National Health and Hospital Reform Commission, 2008.



por avanzar en la calidad de los servicios, especialmente en la mejora de las residencias para personas mayores, reconociendo la *ACP* como un eje o principio central para incrementar la calidad de vida de las personas. Estas iniciativas persiguen objetivos comunes: preservar la dignidad y derechos de las personas mayores que necesitan cuidados partiendo del reconocimiento de su individualidad y del respeto a sus preferencias y decisiones en cuanto a su salud, cuidados y vida cotidiana.

Si bien es posible hacer referencia a un enfoque común de la *ACP*, no se puede decir lo mismo en relación a la existencia de un único modelo. De hecho, son muy diversas las aportaciones existentes. Mientras que algunos modelos ofrecen marcos conceptualizados generales de la *ACP*, otros han sido elaborados para diferentes objetivos como la construcción de instrumentos de evaluación, la puesta en marcha de nuevos modelos de centros o la orientación de procesos de mejora en servicios y en las actuaciones profesionales.

Un campo en el que se han realizado importantes contribuciones a la *ACP* es el de las personas con demencias.

Concretamente el británico Tom Kitwood (Kitwood y Breeding, 1992; Kitwood, 1992, 1993, 1997), fundador del Grupo de Bradford (Bradford Dementia Group), fue quien acuñó el término *Atención Centrada en la Persona con Demencia*, argumentando la urgencia de revisar los modos de atención existentes. Su publicación *Demencia reconsidered: The person came first*, enfatizó la necesidad de situar a la persona en primer lugar, antes que la enfermedad. Según este autor la presentación de la demencia no solo depende del daño neurológico existente sino que existen otros factores que en su interacción resultan determinantes a la hora de entender el comportamiento y bienestar de cada persona como son la personalidad, la biografía, la salud y la psicología social (entendida como el entorno social que rodea a la persona). Kitwood puso de relieve la importancia de quienes acompañan a la persona con demencia en relación a su expresión emocional/conductual y a la reducción de la discapacidad, mostrando

4 Gestion des risques de maltraitance en établissement, 2008. Gestion des risques de maltraitance pour les services d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile, 2009. Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et adultes handicapés, République Française

5 Movement for Culture Change in Nursing Homes; Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA 1987).



la necesidad de capacitar y modificar las actitudes y abordajes de los cuidadores. Incidió en que la falta de comprensión de las necesidades de las personas con demencia y una interacción negativa y poco comprensiva con éstas (lo que el propio autor calificaba de "psicología social maligna"), podía ser la causa de muchas alteraciones de conductas, que no son sino la forma en que las personas con demencia expresan su malestar y sus necesidades psicológicas y sociales no cubiertas.

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

Además, el grupo de Bradford elaboró el Dementia Care Mapping, instrumento de observación para evaluar la calidad de vida de las personas con demencia avanzada. Su interés radica en su pretensión de sintonizar con el punto de vista de las personas con demencias, registrando desde la observación externa la interacción de los cuidadores con éstas. El sistema de observación identifica tanto los detractores como los potenciadores personales, permitiendo, una vez registrados estos, 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 (Wilkinson 1993; Williams y Rees, 1997; Wylie, Madja y Walton, 2002).

Esta mirada psicosocial de la demencia, donde la enfermedad o patología no es el aspecto único ni predominante la toman otros modelos de intervención, orientados desde los principios que enuncia la ACP, como 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 (Mitty y Flores, 2007).

Otros modelos que optan por el enfoque de la *ACP*, como anteriormente se ha comentado, proceden de movimientos y programas creados en distintos países para mejorar y cambiar el modelo residencial institucional, desde la consciencia de sus grandes limitaciones para ofrecer una auténtica atención personalizada y permitir el control de las personas sobre su vida cotidiana.

Los países nórdicos fueron pioneros abanderando, ya en los años 60, un cambio de las tradicionales residencias hacia diversos modelos de viviendas con apoyos y unidades de convivencia para grupos reducidos de residentes con distintos grados de dependencia.

En Estados Unidos en los años 80 se inició un importante movimiento, el denominado *Cambio de Cultura* en las residencias para personas mayores (The Culture Change Movement).

Ante un grupo de presión de consumidores, el Gobierno Federal aprobó la ley OBRA 1987 (Omnibus Budget Reconciliation Act) donde se formuló un nuevo marco normativo para las residencias (nursing homes). Se buscaba pasar de un modelo asistencial institucional sanitario a un modelo de verdadero hogar desde la atención centrada en la persona. De ahí surgieron iniciativas como el *Household Model*, la *Alternativa Eden*, el *Wellspring Model* y las *Green Houses* (Koren, 2010).

Algunos estudios realizados muestran los beneficios positivos de estos alojamientos, como por ejemplo los realizados sobre la *Alternativa Eden* donde se relatan mejoras en el estado de ánimo - disminución del aburrimiento y del sentimiento de desesperanza- (Bergman-Evans, 2004), y reducción de la depresión (Robinson y Rosher, 2006), o el estudio realizado sobre las *Green Houses* que identifican mejoras de la calidad de vida percibida en relación al grupo control (Kane, Lum, Cutler, Degenholtz y Yu, 2007).

En cuanto a la implantación de estos modelos alternativos a las residencias tradicionales, hay que decir que en la Unión Europea el desarrollo ha sido desigual. En los años 90 la Comisión Europea auspició la creación de la Red Salmon (Saumon Group) precisamente para impulsar estos alojamientos alternativos. Se crearon en estos años las llamadas *Unidades de convivencia*, muchas de ellas pensadas para personas con demencia, también llamadas viviendas compartidas o *Cantou* (en Francia) y se extendieron desde los Países Nórdicos, a otros como Holanda, Bélgica, Reino Unido, Alemania o Francia. Dis-

tintos estudios realizados ofrecieron resultados positivos en ganancia en calidad de vida de las personas (Leichsenring, Strümpel, 1998; Guisset et Argoud, 1998).

Todas estas alternativas a las residencias institucionales tienen elementos comunes y se enmarcan en lo que se ha acabado conociendo como el Modelo *Housing*,

El Modelo *Housing* apuesta por un despliegue diversificado de apoyos y recursos que hagan posible que las personas mayores sigan viviendo en su casa, incluso cuando éstas presentan niveles importantes de dependencia. Para los casos en los que, por diferentes motivos, la persona mayor no puede seguir viviendo en su casa, desde este modelo se propone que la atención tenga lugar en alojamientos que, además de proporcionar los cuidados necesarios, se asemejen lo más posible al concepto de hogar. La idea no es otra que vivir "fuera de casa, pero como en casa" (Díaz-Veiga y Sancho 2012; Rodríguez, 2011).

Los alojamientos que propone el Modelo *Housing* buscan garantizar el trato digno y la defensa de los derechos de las personas mayores y, especialmente, de quienes se encuentran en situación de fragilidad o dependencia y requieren, por tanto, ser cuidadas por otros. Cabe destacar algunas características comunes que aparecen recogidas en el cuadro nº 1.

Cuadro nº 1. Algunas características de los alojamientos enmarcados en el Modelo *Housing*. Adaptado de: VV.AA.
Libro Blanco Dependencia, 2004; Rodríguez 2011.

- Combinan la existencia espacios privados que garantizan la intimidad (habitación propia) con otros comunes que potencian la actividad social (salón, cocina, jardines, etc).
- Permiten y animan a que las personas lleven sus propiedades (muebles, pertenencias) para construir un "hogar propio y significativo".
- 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)

- Proporcionan una atención personalizada, desde los derechos y deseos de la persona, incluyendo la asunción de ciertos riesgos.
- Apoyan y dan importancia a las actividades cotidianas y significativas.
- 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 papel central, facilitando su incorporación en la vida cotidiana de cada unidad.

Una reciente revisión publicada (Brownie y Nancarrow, 2013) en torno a diferentes estudios llevados a cabo en diferentes alojamientos acordes al Modelo *Housing* muestran, por un lado, efectos positivos en dimensiones de calidad de vida percibida, mejora emocional de los residentes, incremento de satisfacción de las familias con la atención dispensada, cambio en la forma de trabajar y mayor satisfacción laboral asociada por parte de los trabajadores de atención directa. En contrapartida, algunos estudios arrojan el dato que en algunos casos se registra un incremento de caídas o se incrementa el riesgo de una peor nutrición.

4. MODELOS Y APLICACIONES DE LA ACP EN LOS SERVICIOS GERONTOLÓGICOS EN ESPAÑA. DESARROLLO, RETOS Y RIESGOS

El enfoque *ACP*, que como hemos visto cuenta ya con cierto recorrido en el ámbito internacional, es prácticamente inexistente en los recursos gerontológicos de España, los cuales, especialmente en lo que se refiere a las grandes residencias, se inspiran todavía en modelos asistenciales de corte institucional y sanitario.

Aunque en los años 80/90 se pusieron en marcha algunos proyectos inspirados en los nuevos modelos de alojamientos que se estaban iniciando en otros países (fue el caso de algunas *Unidades de*



Convivencia del País Vasco, la *Vivienda Compartida* de la Asociación Cicerón en Torrijos-Toledo o el *Cantou* del Hospital Insular de Lanzarote) no se llegó a producir un desarrollo significativo. También en algunas Comunidades Autónomas se ha venido apostando por las denominadas *Viviendas Tuteladas*, a modo de minirresidencias, y por los apartamentos tutelados, pero ambos recursos han estado dirigidos hacia un perfil de persona usuaria que no precisaba ayuda en las actividades cotidianas.

A pesar de esta situación, se aprecia un creciente interés en el sector sociosanitario por conocer y proponer nuevos modelos de atención, aumentando la consciencia de la necesidad de generar cambios y mejoras en la red residencial existente.

En este sentido, cabe mencionar algunas publicaciones que en estos años han tenido un importante papel en cuanto a la sensibilización y formación de los profesionales.

Desde el SIIS-Centro de Documentación del País Vasco se elaboró la primera Guía de Buenas Prácticas en residencias de personas mayores (Marín y cols, 1996) partiendo del programa británico *Homes are for living in* (Carrington 1989). Posteriormente se publicó el documento "*Los derechos de los residentes y las especificidades del medio residencial ¿cómo compaginarlos?*" (SIIS- F. Eguía Careaga, 2011), un manual que permite reflexionar y establecer medidas concretas de mejoras en relación a la calidad de vida y los derechos de las personas

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

Otro documento más reciente que ha suscitado gran interés en el ámbito aplicado, ha sido la guía "La atención gerontológica centrada en la persona" (Martínez 2011), editada por el Gobierno del País Vasco en colaboración con Fundación Matia donde se indican cinco asuntos importantes para trasladar este enfoque de la ACP a la práctica: la autonomía, la intimidad, los entornos cotidianos significativos, la pre-

sencia de la familia y los profesionales y la organización como facilitadores clave.

Como conceptualización es preciso reconocer el gran valor de la aportación realizada por Pilar Rodríguez quien propone el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (Rodríguez 2010, 2011) destacando dos componentes para la mejora de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia; la integralidad y la orientación a la persona. Esta misma autora, desde la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, ha creado la Red Modelo y Ambiente para apoyar el intercambio de buenas prácticas, espacio muy recomendable para conocer iniciativas afines a este enfoque de atención.

De las escasas experiencias que han tenido lugar en la aplicación de estos nuevos modelos, hay que destacar por su carácter pionero y por su utilidad como un referente real para orientar el cambio, el proyecto *Etxean Ondo* (En casa, bien) liderado por el Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno del País Vasco en colaboración con Fundación Matia. Este proyecto se inició en el año 2011 para impulsar a la par de investigar, la aplicación de un modelo de atención centrado en la persona en domicilios y centros (residencias y centros de día). En el caso de las residencias, el cambio que se está liderando consiste en una reorganización de los centros residenciales grandes en diferentes unidades de convivencia donde conviven grupos reducidos de residentes, lo que ha conllevado además de ciertos cambios en el espacio físico, conseguir una mayor estabilidad del personal en estas unidades, la existencia de gerocultores de referencia y un nuevo diseño de las rutinas cotidianas acordes a las capacidades y preferencias de las personas (Díaz-Veiga y Sancho, 2012).

Cabe, además, citar algunos otros ejemplos ilustrativos que muestran el movimiento, todavía hoy muy incipiente, que se está generando en el campo de la gerontología española hacia la *ACP*. Es el caso, en el sector público, del proyecto anunciado para la mejora de residencias de la Junta de Castilla y León o el proceso de revisión iniciado para implantar el modelo de *ACP* en los centros gestionados por el Consorci d'Acció Social de Catalunya. También cabe destacar la apuesta por este enfoque que algunas entidades como Alzheimer Catalunya, Intress o Cáritas (como es el caso del centro El Buen Samaritano- Churriana) vienen manteniendo desde ya hace años, o la reciente atención por parte del ámbito universitario, como es el caso de la Universidad de Vic que está incorporando acciones formativas de postgrado relacionadas con estos nuevos modelos de atención.

Podemos concluir, por tanto, que en España nos encontramos en un momento de creciente interés hacia la *ACP* pero que todavía no cuenta con suficiente desarrollo ni con un generalizado respaldo institucional.

Ello nos sitúa en un proceso de construcción de nuevos modelos de atención gerontológica y nos enfrenta a numerosos retos a los que dar respuesta. Retos que implican a muchos agentes: profesionales, movimiento asociativo de personas mayores, administraciones públicas, empresas privadas y universidades. Retos que, como tales, aportan motivación pero también requieren de esfuerzo y de una actitud abierta a la revisión y a la innovación.

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 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 a 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.

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 cultura de 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 donde dimensiones como los derechos individuales, la autodeterminación o el bienestar emocional tengan un peso determinante.

Para concluir este artículo, hemos de ser conscientes de que la ACP supone un cambio de cultura organizativa que acarrea diversas resistencias que deberemos identificar y abordar (Collins, 2009). Cabe señalar algunos riesgos que en estos momentos acechan al desarrollo de este enfoque y modelos:

- *Simplificar lo que es y suponen 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 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.
- *Crear que la ACP es una atención des-profesionalizada* 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 concepto de 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.

Un camino no exento de dificultades pero 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 a nuestros valores, preferencias y decisiones.

5. BIBLIOGRAFÍA

- AGE PLATAFORM EUROPE (2010) European Association for Directors of Residential Homes for the Elderly. European Charter of the rights and responsibilities of older people in need of long-term care and assistance. Unión Europea.
- BALTES, MM; BALTES, PB.(1990) Successful aging, perspectives from the behavioral sciences. Cambridge: Cambridge University Press.
- BALTES, MM; WAH, I H (1990). Dependencia en los ancianos. En: CARSTENSEN L, EDELSTEIN BA, eds. Gerontología clínica. Intervención psicológica y social. Barcelona: Martínez-Roca.
- BEAUCHAM, TL; CHILDRESS, JF. (1979): Principles of Biomedical Ethics. 1ª ed. Nueva York: Oxford University Press.
- BERGMAN-EVANS, B. (2004) Beyond the basics: effects of the Eden Alternative model on quality of life issues. J Gerontol Nurs,30:27-34.
- 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.
- BRONFENBRENNER, U. (1979): The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge: MA: Harvard University Press.
- BROOKER D.(2004) What is person-centered care in dementia? Reviews in Clinical Gerontology,13: 215-222.
- BROOKER D. (2005)Dementia care mapping: a review of the research literature. The Gerontologist,45: 11-18.

- BROOKER, D. (2007): Person Centered Dementia Care: Making Services Better. London: Jessica Kingsley.
- CARRINGTON et al. (1989): Homes are for living in. London: Department of Health.
- COLLINS, JH. (2009) The person centered way. Lexington KY.
- DÍAZ-VEIGA P, SANCHO M. Unidades de Convivencia. Alojamientos de personas mayores para 'vivir como en casa' Informes Portal Mayores. 2012; nº 132 [Fecha de publicación: 15/06/2012]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/diaz-unidades-01.pdf>
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS R, ZAMARRÓN MD. (1996): Breve cuestionario de calidad de vida (CUBRECAVI). En: Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, Maciá A, Eds. Calidad de vida en la vejez en distintos contextos. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS R. (1997) Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. Anuario de Psicología, 73: 89-104.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1987) El Ambiente. Análisis Psicológico. Madrid: Pirámide.
- FUNDACIÓN SAN FRANCISCO DE BORJA (2007): Planificación centrada en la persona. Experiencia de la Fundación San Francisco de Borja con Discapacidad Intelectual. Madrid: FEAPS.
- GRACIA, D. (1989): Fundamentos de Bioética. Madrid: EUEDEMA..
- GUISSET MJ et al. (1998) : Vivre en Petite Unité: entre institution et domicile, un accompagnement sur mesure de la vieillesse. Paris : Fondation de France.
- KAHANA, EA.(1975): A congruence model of person-environment interacción. En: WINDDLEY PG, ERNST G, eds. Theory development in environment and aging. Washington: Gerontological Society.



- KANE RA, LUM TY, CUTLER LJ, DEGENHOLTZ HB, Y. T. (2007) Resident outcomes in small-house nursing homes: a longitudinal evaluation of the initial Green House program. *J Am Geriatr Soc*, 55: 832–839.
- KITWOOD T, BREDIN K. (1992) A new approach to the evaluation of dementia care. *Journal of Advances in Health and Nursing Care*, 1(5): 41-60.
- KITWOOD, T (1992). Quality assurance in dementia care. *Geriatric Medicine*. 1992; 22: 34-38.
- KITWOOD T (1993). Person and process in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8: 541-545.
- KITWOOD, T. (1997): Dementia reconsidered: the person comes first. Berkshire: Open University Press.
- KOREN MJ. (2010) Person-Centered Care for Nursing Home residents: The Culture-Change Movement. *Health Affairs*, 29, nº 2: 321-317.
- LAWTON MP. Competence, environmental press and adaptation. En: WINDLEY PG, BYERTS TO, ERNST G, Eds (1975): *Theory development in environment and aging*. Washigton D.C: Gerontological Society.
- LEICHSENRING K, STRÜMPEL C (Groupe Saumon) (1998) : L´accueil des personnes souffrant de démence en Petites Unités de vie. *Eurosocial 65/98*. Viena: Centro Europeo de Investigación en Política Social.
- LITTLE, A. (1988). Psychological aspects of working with elderly clients. En: Squires, AJ, Eds. *Rehabilitation of the older patient*. Sydney: Croom Helm.
- LOPEZ, A ; MARIN, AI ; DE LA PARTE, JM(2004) La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica. *Siglo Cero*, 35(1), nº 210.

- MCCORMACK B. (2004) Person-centeredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 13, 31–38.
- MARIN, J.A. et al (1996). Manual de buena práctica para residencias de personas ancianas. Vitoria: Dpto. De Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava;1996..
- MARTÍNEZ T. (2009) Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia. Informes Portal Mayores;; nº 98. [Fecha de publicación: 30/12/2009]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-practicas-01.pdf>
- MARTÍNEZ, T.(2010) Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad o dependencia. Madrid: Editorial Médica- Panamericana.
- MARTÍNEZ, T (2011):La atención gerontológica centrada en la persona. Una guía para la intervención profesional en servicios y centros. Alava: Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno del País Vasco.
- MARTÍNEZ, T. (2013) El decálogo de la Atención Centrada en la Persona. EN: www.acpgerontologia.com.
- MITTY E, FLORES S. (2007) Assited Living Nursing Pracice: The language of dementia: theories and interventions.*Geriatric Nursing*. Vol. 28, Nº 5: 283-288
- MORGAN S, YODER L. (2011) A concept analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Nursing* (On line 19 July 2011) Avalaible from: <http://jhn.sagepub.com/content/early/2011/07/15/0898010111412189.full.pdf>
- MOOS RH, LEMKE S. (1979) Specialized living environments for older people. En: BIRREN JE et al, Eds. *Handbook of the psychology of aging*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- MOOS, R. (1974) *The Social Climate Scale: An overview*, Palo alto, California:Consulting Psychologists Press



- MOSS K, WILEY D. (2003): A brief guide to personal futures planning.
- MOUNT B, DUCHARME G, BEEMAN P. (1991) Person Centered Development. Manchester, CT: Communitas Inc.
- MOUNT B. (1990) Making Futures Happen: a Manual for Facilitators of Personal Futures Planning. St. Paul, MN: Governors's Council on Developmental Disabilities.
- NOLAN M, DAVIES S, BROWN J, KEADY J, NOLAN J. (2004) Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing, 13, 3a:45-53.
- ROBINSON SB, ROSHER RB.(2006) Tangling with the barriers to culture change: creating a resident-centered nursing home environment. J Gerontol Nurs, 32:19-27.
- RODRÍGUEZ P.(2010) La atención integral centrada en la persona. Informes Portal Mayores, nº 106. Disponible en : <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf>
- RODRÍGUEZ, P. (2011) Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir. Actas de la Dependencia Fundación Caser, 3: 8-40.
- ROGERS, C. (1961) On Becoming A Person: A Therapist's View of Psychotherapy. London: Constable.
- ROWEJW, KAHN RL.(1987) Human Aging: Usual and Successful. Science, 237,143-149.
- SCHALOCK RL, VERDUGO MA Quality of life for human service practitioners. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducido al Castellano por M.A. VERDUGO y C. JENARO (2002-2003). Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza Editorial]. (Eds.),Apoyos,autodeterminación y calidad de vida (pp. 105-112). Salamanca: Amarú.
- SEVILLA, J; ABELLÁN, R; HERRERA, G; PARDO, C; CASAS, X; FERNÁNDEZ, R (2009). Un concepto de Planificación Centrada en la

Personas para el siglo XXI. Fundación Adapta.. Disponible en:
www, www.miradasdeapoyo.org

SIIS- FUNDACIÓN EGUIA CAREAGA. (2011) Los derechos de las personas mayores y el medio residencial, ¿cómo hacerlos compatibles?. San Sebastián: SIIS-Fundación Eguía Careaga.

VILA, J, VILLAR, F, CELDRÁN, M y FERNÁNDEZ, E. (2012) El modelo de atención centrada en la persona: análisis descriptivo de una muestra de personas mayores con demencia en centros residenciales. Aloma,; nº 30 (1):109-117

VARIOS AUTORES (2009):Guías de Buenas Prácticas en Centros de atención a personas mayores en situación de dependencia. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.

WILKINSON, A.M. (1993) Dementia Care Mapping: A pilot study of its implementation in a psychogeriatric service. International Journal of Geriatric Psychiatry, 8: 1027-1029.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). Active Ageing. Ginebra.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996): WHOQOL-BREF. Introduction, Administration, scoring and generic version of the Assessment. Field Trial Version, Ginebra: WHO.

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