



# Serie Documentos

acp gerontología

**Nº 10. Metodologías valiosas para la atención personalizada en cuidados de larga duración**

**Teresa Martínez Rodríguez  
2025**

# Índice

<b>1/ Introducción .....</b>	<b>3</b>
<b>Sobre la serie Documentos Acgerontología.....</b>	<b>3</b>
<b>Sobre este documento.....</b>	<b>3</b>
<b>2/ La atención personalizada en cuidados de larga duración.....</b>	<b>5</b>
<b>3/ Elaboración de historias de vida en personas que precisan apoyos/     cuidados.....</b>	<b>9</b>
<b>4/ Los planes de atención y vida en persona que precisan     apoyos/cuidados.....</b>	<b>13</b>
<b>5/ La figura del profesional de referencia en centros.....</b>	<b>18</b>
<b>6/ Referencias.....</b>	<b>24</b>



# 1/ Introducción

## *Sobre la serie Documentos Acggerontología*

La serie *Documentos Acggerontología* ha sido ideada para difundir el conocimiento que se va generando en relación a la aplicación del enfoque Atención Centrada en la Persona en el ámbito de los servicios gerontológicos.

Orientar la acción profesional desde el conocimiento es una condición imprescindible para avanzar de una forma rigurosa en este nuevo paradigma de la atención en los cuidados de larga duración de las personas mayores.

Ello implica dar valor y orientar las intervenciones profesionales partiendo del conocimiento existente y procedente de distintas áreas, disciplinas y perspectivas, integrando la perspectiva ética, el saber técnico y la evidencia científica. Tipos de conocimiento diferentes, pero complementarios y necesarios, todos ellos, para avanzar en el cuidado desde el buen trato a las personas. Porque una mirada sesgada, parcial, que contemple solo las necesidades clínicas o terapéuticas en relación a los objetivos y valores que deben regir el cuidado, sería algo no solo insuficiente sino altamente inadecuado. El cuidado es una realidad compleja, donde conviven necesidades muy diversas de las personas (físicas, emocionales, relacionales, espirituales) además de creencias, expectativas, valores y preferencias de los principales actores (personas cuidadas, familias y profesionales) que interactúan en los distintos contextos donde éste se produce.

Persiguiendo este propósito, en esta serie se comparten, en acceso libre, diferentes documentos: guías de actuación, artículos, revisiones temáticas, así como resúmenes de investigaciones realizadas. Todos ellos en un formato abreviado y divulgativo, de forma que se facilite un primer acercamiento al asunto planteado.

## *Sobre este documento*

El título nº 10 de esta serie pretende presentar tres metodologías de gran potencial desde el marco del enfoque de atención centrada en la persona para facilitar una atención personalizada: la historia de vida, el plan de atención y vida y la figura del profesional de referencia en centros.

En primer lugar, se realiza una diferenciación conceptual entre atención individualizada y atención personalizada. Posteriormente se presentan los principales aspectos conceptuales y metodológicos de estas tres metodologías, así como recomendaciones para el buen uso de las mismas.



El texto comparte los principales contenidos ofrecidos en distintas acciones formativas y conferencias impartidas por la autora del mismo, Teresa Martínez, en los últimos quince años, así como en otros documentos ya publicados.

Para citar este informe:

Martínez, T. (2025). *Metodologías valiosas para la atención personalizada en cuidados de larga duración*. Serie Documento Acpgerontología, nº 10. Disponible en [www.acpgerontologia.com](http://www.acpgerontologia.com)



## 2/ La atención personalizada en cuidados de larga duración

El enfoque de atención centrada en la persona parte del reconocimiento de la dignidad de toda persona y de su derecho a desarrollar una vida autodirigida. En el ámbito de los cuidados de larga duración parte de la asunción de que precisar apoyos por parte de otros debido a situaciones de fragilidad o dependencia funcional, no implique signifique perder derechos y el control sobre la propia vida.

Desde este enfoque los cuidados se prestan desde la escucha y la apreciación del valor de cada persona, respetando sus preferencias y apoyando el mantenimiento de su identidad personal. Para ello es necesario personalizar la atención, un concepto que, en ocasiones, no está claro y sobre el que existe la habitual percepción de que “esto ya lo hacemos...”.

### *La atención personalizada, más allá de la atención individualizada*

Es importante distinguir entre atención individualizada y atención personalizada. Se suele creer que son lo mismo, y en realidad no son conceptos sinónimos, lo que puede contribuir a la creencia anterior. Respecto a la atención individualizada, hemos avanzado bastante en estas décadas de profesionalización del cuidado. En cuanto a la atención personalizada, queda todavía mucho camino por recorrer.

Según la argumentación ofrecida por Martínez, Salgado, Fraile, Sánchez y Rodríguez (2019), “la **atención individualizada** es la que busca actuaciones y apoyos individualizados, es decir, no uniformes, partiendo de las necesidades la persona, habitualmente identificadas por los profesionales. Sin embargo, no implica necesariamente que la persona tenga un papel activo de la persona en su atención ni que se tome en cuenta de la perspectiva de lo que para ella es importante”.

Estos mismos autores señalan que, por su parte, la atención personalizada es más que la individualización del cuidado ya que “**la atención personalizada** busca el apoyo al proyecto de vida de cada persona desde el respeto a su singularidad y al ejercicio de su autodeterminación, centrando el foco en lo que para ella es importante y dispensando apoyos para que ésta mantenga control sobre su vida y un papel activo en su atención. Parte de la convicción profunda de que toda persona ha de recibir una atención que le ayude a vivir una vida plena, una vida en la que estén incluidas todas las dimensiones del ser humano”. (Martínez et al., 2019).

En resumen, personalizar significa necesariamente poner en el centro a la persona y entenderla como alguien que participa en las decisiones que se toman en relación a sus cuidados y su vida cotidiana.



## *El necesario giro en las metodologías tradicionales de atención*

El cuidado de personas mayores en situación de fragilidad o dependencia en las últimas décadas se ha profesionalizado. Es justo reconocerlo, hemos avanzado. No obstante, el modelo que ha orientado este proceso de mejora y profesionalización ha tenido dos sesgos. El primero una mirada centrada en la enfermedad y en las carencias de las personas que precisan ayudas, tomando gran fuerza lo sanitario y estando el poder de la acción en manos de los profesionales especializados, olvidando algunos aspectos esenciales que tienen que ver con la búsqueda del bienestar y la vida significativa de las personas. El segundo, una visión centrada en las tareas e intervenciones a aplicar desde la óptica de las distintas profesionales, en ocasiones, con una escasa escucha de lo que para las personas es importante en sus vidas actuales.

Este doble sesgo ha incidido, en primer lugar, en cómo se viene realizando la valoración interdisciplinar de las personas que precisan cuidados. En este sentido, desde el enfoque de atención centrada en la persona se vienen realizando algunas críticas:

- Las valoraciones parten de una mirada centrada en la enfermedad, se dirigen a identificar las distintas carencias, olvidando las capacidades y fortalezas de las personas.
- Las valoraciones se desarrollan en relación a objetivos clínicos/terapéuticos dictados por áreas profesionales, en vez de en relación a los dominios de calidad de vida importantes para la persona.
- El lenguaje utilizado en las valoraciones, fundamentalmente, se centra en patologías y déficits.
- Las valoraciones se organizan según áreas profesionales y disciplinas, tomando estas en ocasiones mayor protagonismo que la propia persona.

En segundo lugar, cabe señalar que los planes individualizados tradicionales de atención que venimos utilizando, adolecen de olvidos importantes tanto en relación al pasado de la persona como a su momento presente y a su futuro. En el Cuadro 1 se reúnen algunos de estos olvidos que orientan el necesario giro en esta metodología del cuidado.

<p>a) Olvido de asuntos importantes de lo vivido.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La trayectoria de vida.</li><li>- La identidad personal.</li></ul> <p>b) Olvido de asuntos importantes en el momento presente.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Las capacidades/fortalezas de la persona.</li><li>- Las preferencias y el modo de vida.</li><li>- Lo que realmente importante para la propia persona.</li></ul> <p>c) Olvido de asuntos de futuro.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Las metas, propósitos personales o sueños.</li><li>- Los asuntos pendientes.</li><li>- Las decisiones para el futuro.</li></ul>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cuadro 1. Olvidos frecuentes en los planes individualizados de atención



En tercer lugar, no podemos perder de vista que los planes tradicionales de atención, se han elaborado por profesionales, habitualmente técnicos de distintas disciplinas, sin contar con la participación de los implicados en primera línea de la atención: personas que reciben cuidados, profesionales de atención directa continuada (auxiliares y figuras similares) y familias. Un poder que ahora se comparte con los principales protagonistas, sin por ello restar importancia al papel del equipo técnico.

### *Nuevas metodologías acordes a un nuevo enfoque en el cuidado*

Este análisis crítico nos conduce a buscar nuevas metodologías que permitan personalizar la atención. Existen algunas metodologías de especial capacidad y utilidad para ello como la historia de vida, el plan de atención y vida y la figura del profesional de referencia (Martínez 2015,2016,2024).

La historia de vida permite acercarse a la persona desde la globalidad de su ser y desde la continuidad del proyecto vital. Evita quedar atrapado en la mirada de las patologías y de las tareas que la persona necesita por sus déficits o carencias. El plan de atención y vida permite consensuar un plan de apoyos para que la persona pueda mantener una vida significativa acorde a sus necesidades, valores, identidad y preferencias. Por su parte, la figura del profesional de referencia alienta una atención coordinada y centrada en el bienestar de la persona siendo el valedor de esta y del cumplimiento del plan de apoyos acordado.

A ellas me voy a referir con mayor detalle en las siguientes páginas. Pero antes quiero detenerme en algo importante sobre lo que creo hemos de tomar consciencia: que las metodologías son solo instrumentos. Es decir, las metodologías son herramientas que si se comprenden y se utilizan en coherencia con una determinada mirada al cuidado pueden ser de gran apoyo. En ocasiones, la mera aplicación de estos instrumentos se acaba convirtiendo en un fin en sí mismo y esto es algo que hemos de evitar (por ejemplo, el objetivo es completar la historia de vida de todas las personas de un centro, el objetivo es mejorar la vida de las personas y para ello utilizar como apoyo las historias de vida).

Por tanto, utilizar instrumentos o soportes de atención personalizada implica asumir una visión determinada de las personas y del cuidado, generando actuaciones coherentes a la misma. Esta reflexión es previa y necesaria para un correcto uso de estas metodologías. Una visión que parte de asunciones de alta relevancia como las que se resumen en el Cuadro 2.



- La persona que cuidamos siempre es valiosa (tiene dignidad) y, por tanto, merece respeto.
- La persona que cuidamos es única e irrepetible. No puede ser tratada de forma estandarizada.
- El ser humano busca su propia felicidad. Un viaje exploratorio que se hace a través de proyectos de vida propios. Por eso, el apoyo al proyecto de vida es algo necesario para el bienestar de la persona que cuidamos.
- En el cuidado de larga duración lo cotidiano y lo relacional son asuntos esenciales para apoyar una vida con sentido. Lo cotidiano es producto de la interacción continua entre el espacio físico, la actividad que se lleva a cabo y las relaciones entre personas.
- Cuidar es acompañar vidas, por tanto, el cuidado de personas no puede ser entendido solo como la realización de una serie de tareas o la mera dispensación de servicios.

Cuadro 2. Visión del cuidado y de las personas que precisan cuidados desde el enfoque ACP





# 3/ La elaboración de historias de vida en personas que precisan apoyos/cuidados

## *Qué es la historia de vida*

La historia de vida viene siendo objeto de interés en la investigación gerontológica y específicamente desde la aplicación del enfoque narrativo en los cuidados de larga duración (Villar, 2006; Bonafont, 2020).

La historia de vida, desde una perspectiva general, puede ser definida como el relato constructivo que la propia persona hace de su vida. Puede tener distintas finalidades: reflexiva, terapéutica o la de orientación del plan de atención para fomentar el buen cuidado y una vida significativa. Es esta última finalidad la que habitualmente dirige el uso de esta metodología en los centros y servicios que ofrecen cuidados de larga duración a personas mayores.

En el contexto de aplicación de modelos de atención centrada en la persona, la historia de vida se entiende de una forma más amplia, pudiendo ser elaborada bien desde el relato de la propia persona, bien desde la información recogida de otros (familiares, amistades) siempre que sean buenos conocedores de la misma cuando esta no puede colaborar en este proceso. Por tanto, en este caso, se entiende como el acercamiento biográfico que ayuda a conocer, obtener y compartir información relevante sobre el recorrido vital de cada persona, lo que nos permite aproximarnos a cada persona para conocerla (y re-conocerla) desde su singularidad y su propio valor.

Es importante saber que la historia de vida integra tres líneas temporales ya que, en ocasiones, se tiende a pensar que la historia de vida se refiere solo al pasado, a lo que la persona ya ha vivido. La historia de vida se dirige a conocer y explorar:

- a) El pasado de la persona (lo ya vivido).
- b) El momento presente (necesidades, prioridades, preocupaciones, preferencias...).
- c) El futuro (metas, objetivos, voluntades, deseos, sueños, decisiones anticipadas...).



## *Lo que aporta la historia de vida en los cuidados de las personas mayores*

Cabe señalar distintos asuntos que hacen que el acercamiento a la historia de vida de la persona sea tan importante para lograr un buen cuidado (Martínez, 2021,2024):

- En primer lugar, la historia de vida nos permite conocer y reconocer a CADA PERSONA como alguien único, valioso y en continuidad vital. Evita una visión “atrapada” por la carencia y el deterioro, de una visión separada de lo que la persona ha sido y es (su viaje).
- En segundo lugar, la historia de vida facilita personalizar LOS CUIDADOS Y UNA VIDA COTIDIANA SIGNIFICATIVA. Nos ayuda a identificar aspectos importantes para ello.
- Además, la historia de vida nos ayuda a identificar claves para ACEPTAR Y COMPRENDER a cada persona.
- La historia de vida también nos permite interpretar ciertos comportamientos y emociones (CONDUCTAS ESPECIALES) en personas con deterioro, demencia o enfermedad mental.
- Finalmente, hemos de ser conscientes de que escuchar la historia de vida de las personas que cuidamos una oportunidad única para INICIAR LA CONSTRUCCIÓN DE UN VÍNCULO AFECTIVO/RELACIONAL (CONFIANZA) con la persona y la familia.

Resulta de interés reflexionar y consensuar en cada centro o servicio qué recoger y documentar en las historias de vida, siempre con el acuerdo de cada persona que participen en el proceso. En ocasiones tendemos a recoger por escrito más información de que realmente hace falta conocer en el día a día. De hecho, no es conveniente recoger todo lo que la persona comparte y expresa cuando recuerda su vida o nos habla de su presente o de sus deseos. Es importante para ello decidir qué documentar haciéndonos la pregunta ¿para qué recoger esta información?, es decir, tener claro qué valor tiene esa información en el cuidado que dispensamos.

En la Tabla 1 se resume algunos tipos de contenidos que puede ser interesante contemplar.



Qué conocer/recoger en la Historia de vida	¿Para qué?
<b>De lo vivido</b>	
Los aspectos biográficos que constituyen y mantienen el modo de vida y la identidad personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para poder seguir viendo “personas” única y en continuidad vital (no solo enfermedades o discapacidades).</li> <li>- Para facilitar la convivencia en grupos afines.</li> </ul>
Sus logros y dificultades personales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para ayudar a la persona a encontrar sentido a lo vivido.</li> <li>- Para saber valorar y apreciar a la persona.</li> <li>- Para comprender y aceptar a la persona.</li> </ul>
La personalidad, los valores o vivencias que nos permiten comprender.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para facilitar la comprensión de emociones y ciertos comportamientos.</li> </ul>
Los recuerdos más significativos de cada etapa vital.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para facilitar el relato, la conversación, la comunicación y las interacciones “extraordinarias”.</li> </ul>
<b>Del presente/futuro</b>	
Lo que a la persona le importa, le motiva y le moviliza.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para activar una vida significativa.</li> </ul>
Sus preferencias, lo que le genera bienestar en el día a día.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para potenciar sentimientos positivos, agradables, bienestar.</li> </ul>
Sus rechazos, lo que genera estrés, temor, sufrimiento, malestar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para reducir sentimientos negativos, sufrimiento innecesario.</li> <li>- Para prevenir alteraciones en el comportamiento.</li> </ul>
Sus metas, sus sueños.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para activar una vida significativa.</li> <li>- Para apoyar el desarrollo personal.</li> <li>- Para facilitar relaciones interpersonales significativas.</li> </ul>
Lo que a la persona le inquieta, le preocupa. Sus incertidumbres respecto al futuro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para darle apoyo emocional.</li> <li>- Para tener la oportunidad de anticipar algunas decisiones.</li> </ul>

Tabla 1. Principales contenidos en una historia de vida en cuidados de larga duración

## **Recomendaciones para una buena praxis en la elaboración y uso de historias de vida**

Toda metodología requiere un buen uso. Cómo hacemos algo, es tan importante o más, que lo que hacemos. Seguidamente se resumen algunas consideraciones y recomendaciones para que las historias de vida en el cuidado de personas adquieran un sentido coherente a la visión de las personas y de sus cuidados desde un enfoque ético (Martínez et al., 2019).

- Hemos de entender que la historia de vida es mucho más que un “papel”. La historia de vida es una oportunidad de escucha, conocimiento y apreciación de la persona. No es una entrevista ni un cuestionario para recoger información.
- Es importante personalizar el proceso de elaboración de cada historia de vida: el ritmo de escucha y recogida de información, el uso de la información e incluso los formatos de las historias de vida que elaboremos.



- Es esencial acercarse con cercanía y calidez. Estamos entrando de lleno en la vida de la persona, en su intimidad. Hemos de transmitir interés y respeto.
- Debemos proteger el derecho a la confidencialidad de la información de la persona, tanto sobre el relato en el que comparte sus vivencias como con la información que finalmente sea documentada. Lo que se recoja por escrito de cada historia de vida personal, sus usos y con quién se comparte debe ser conocido y autorizado por cada persona (o en su caso por su familia o representante).
- Se trata de un proceso abierto, dinámico y de continuidad. La historia de vida puede ser reelaborada, completada y modificada. Es un relato constructivo vivo en sus tres líneas temporales.
- Hemos de tomar consciencia de que esta metodología nos ofrece una oportunidad de vínculo con la persona, y con su familia, lo cual supone un gran privilegio.



## 4/ El plan de atención y vida

### *Qué es un plan de atención y vida*

La atención centrada en la persona busca, como hemos señalado anteriormente, una atención personalizada, en un entorno relacional de cuidados donde la persona no pierda el control sobre su atención y sobre su vida cotidiana. Esto incluye también a las personas con deterioro cognitivo avanzado, a quienes deberemos propiciar este control de forma indirecta, interpretando sus preferencias y voluntades.

Desde este enfoque, la planificación centrada en la persona es una metodología que se viene aplicando desde hace décadas a nivel internacional y también en nuestro país para facilitar la participación de las personas con discapacidad en sus planes de apoyos (López, Marín, y De la Parte, 2004; FUNDACION SAN FRANCISCO DE BORJA, 2007; Sevilla et al., 2009; ANFAS, 2012; Mata, Crespo y Carratalá, 2017).

Partiendo del gran interés de este marco conceptual y metodológico, con el objetivo de trasladarlo a los cuidados de larga duración de personas mayores, en el año 2011 presenté la obra titulada “La atención gerontológica Centrada en la persona”. En este trabajo se acuña y propone el término “Plan de atención y vida” (PAyV) como un instrumento y proceso clave para personalizar la atención, con la pretensión de aunar los cuidados necesarios ante la dependencia y los apoyos que estas personas necesitan para dar continuidad a sus proyectos vitales, dando un papel activo a la persona que es objeto de cuidados.

De hecho, se trata de una metodología que apuesta decididamente por la participación de cada persona en su atención, a lo largo de todo el proceso, junto con su entorno de cuidados más próximo (Martínez, Cerdó y Díaz-Vega, 2021a, 2021b).

El PAyV es, por tanto, algo mucho más que un documento o soporte donde volcar información y acuerdos sobre la atención de la persona. Este término pretende incluir en esta metodología una doble misión: cuidar de forma personalizada proporcionando las atenciones diversas que la persona precisa, a la par de proporcionar apoyos al proyecto de vida deseado de cada persona.

“El PAyV pretende ser el vehículo conductor de la intervención centrada en la persona. Se opta por esta denominación porque no se limita a ofrecer un plan de cuidados donde se prescriben las atenciones en relación a las necesidades básicas de la persona, sino que además busca y proporciona apoyos para que ésta pueda continuar y desarrollar su proyecto vital. Desde esta concepción, el PAyV es la estrategia de intervención que ofrece el servicio o centro, a través de sus profesionales, para permitir continuar, completar y mejorar los proyectos de vida de las personas usuarias” (Martínez, 2011).

Esto significa un giro importante en los modos habituales hacer de muchos equipos, pasando de la lógica de disciplinas o áreas profesionales desde donde evaluar, diagnosticar y prescribir tratamientos o intervenciones, a un orden que permita una mirada a la persona



desde su globalidad donde los profesionales nos convertimos en facilitadores, a la par que nuestras actividades se conciben como apoyos para que cada persona pueda seguir disfrutando de una vida que tenga sentido.

El PAyV es una metodología transversal que aúna atenciones y apoyos a lo largo de todo el proceso de cuidados, pero que quizás adquiere un especial valor ante las situaciones que entrañan cierta complejidad en la atención cotidiana, como pueden ser las elecciones o preferencias que implican riesgos (Martínez, 2018; Martínez, Cerdó y Díaz-Veiga 2022) o la planificación anticipada de decisiones (Zurbanobeaskoetxea et al., 2024).

### ***Fases y principales actuaciones de un Plan de atención y vida.***

La propuesta que seguidamente comparto, de elaboración propia, se organiza en tres fases de puesta en marcha de un Plan de atención y vida: fase 1) conocer y reconocer a la persona; fase 2) acordar un plan de apoyos y fase 3) acompañar y evaluar el plan de apoyos.

En cada una de estas tres fases, se aportan cometidos que vienen a completar y mejorar los tradicionales planes individualizados de atención. Señalo a continuación las actuaciones principales que deberían ser contempladas, siempre con la flexibilidad que un proceso de este tipo requiere, es decir, personalizando el propio desarrollo de cada plan.

#### **Fase 1. Conocer y reconocer a la persona**

Esta primera fase amplía la habitual fase de valoración integral interdisciplinar de la persona, incluyendo cometidos importantísimos para que este primer momento del plan de atención y vida sirva realmente no solo para conocer desde una visión global a la persona sino también para partir de la escucha y de la consideración de su valor. En esta primera fase cabe destacar tres actuaciones.

##### ***a) El punto de partida: conocer la historia de vida***

Se trata de compartir un resumen de la historia de vida. El objetivo no es otro que escuchar y partir del relato de la persona: lo que la persona quiere que se conozca de ella como punto de partida para diseñar un plan de atención personalizado. Es un momento bueno para que se pueda apreciar la singularidad y el valor de la persona destacando logros, elementos de identidad y sus fortalezas.

##### ***b) La escucha de lo que es ahora es realmente importante o preocupa a la persona.***

Se trata de que la propia persona o quien le acompaña (familia, profesional de referencia) exprese lo que para ella es ahora, realmente, lo más importante en relación al cuidado y a su vida cotidiana. Esta escucha es esencial para que las propuestas profesionales no se alejen de las prioridades vitales de la persona.

##### ***c) La valoración integral interdisciplinar.***

Tras la escucha atenta de la historia de vida de la persona y lo que es importante para ella,



se trata de poner común la valoración realizada por los profesionales resumiendo aquellas informaciones y propuestas que se considera que pueden ayudar a mejorar la salud y el bienestar de la persona.

## Fase 2. Acordar el plan de apoyos

En esta segunda fase, en primer lugar, se deben acordar los objetivos que guiarán el plan de apoyos. Hemos de abandonar la práctica bastante consolidada en la que cada profesional propone para la persona objetivos vinculados a su área trabajo o disciplina. Los objetivos han de estar vinculados siempre a la persona, relacionados con aspectos de mejora identificados en la evaluación de la calidad de vida y, especialmente, aquellos que para sean relevantes para la propia persona.

En segundo lugar, se debe concretar el plan de apoyos. Un plan de apoyos que puede distinguir e integrar, según la persona y los objetivos considerados, distintos niveles:

- a) Personalización de la vida cotidiana (incluyendo tanto los cuidados personales que la persona precisa como apoyos para una actividad cotidiana significativa).
- b) Objetivos e intervenciones terapéuticas.
- c) Activación del proyecto de vida.
- d) Decisiones anticipadas.

De forma resumida, en la Tabla 2 figuran aspectos a tener en cuenta a la hora de formular el plan de apoyos en estos niveles.

Nivel de apoyos	Aspectos a contemplar
Personalización de la vida cotidiana.	Trato y comunicación. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cómo quiere ser llamada.</li> <li>- Tipo de interacción.</li> <li>- Conversaciones de interés o a cuidar.</li> <li>- Pautas para facilitar la comunicación.</li> <li>- ...</li> </ul>
	Imagen personal. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vestidos.</li> <li>- Complementos.</li> <li>- Aspectos a cuidar.</li> <li>- ...</li> </ul>
	Cuidados personales (preferencias y rechazos en las distintas situaciones de cuidado). <ul style="list-style-type: none"> <li>- Despertar y levantarse.</li> <li>- Acostarse.</li> <li>- Vestido.</li> <li>- Baño/higiene.</li> <li>- Comida.</li> <li>- Ir al servicio.</li> <li>- Continencia.</li> <li>- Movilizaciones.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desplazamientos.</li> <li>...</li> </ul>
	Espacio privado, lugares favoritos y objetos significativos.
	Actividad cotidiana significativa. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rutinas de bienestar.</li> <li>- Indicadores de bienestar y malestar y pautas de actuación.</li> <li>- Ocupación y roles significativos.</li> <li>- Preferencias en los momentos del día.</li> <li>- Actividades especiales.</li> <li>- ...</li> </ul>
Objetivos e intervenciones terapéuticas.	Objetivos e intervenciones terapéuticas y vinculados a calidad de vida/vida con sentido (consensuados y adaptados a la persona).
	Apoyo conductual positivo antes conductas especiales.
Activación del proyecto de vida.	Metas o cualidades personales.
	Sueños.
Decisiones anticipadas.	Para situaciones futuras de falta de competencia cognitiva.
	Final de vida y tras fallecimiento.
	Documento legado emocional.

Tabla 2. Niveles de un plan personalización de atención/apoyos y aspectos a contemplar

### Fase 3. Acompañar y evaluar

La tercera fase del Plan de atención y vida se dedica a acompañar a la persona durante el desarrollo del mismo, velar por su cumplimiento, así como evaluar de forma continua y realizar cuantos cambios o ajustes sean precisos.

Se trata de una labor de equipo, contando siempre que sea posible con la participación de la propia persona y la familia. En esta fase la figura del profesional de referencia debe tener un papel fundamental.

El/la profesional de referencia, figura clave para el acompañamiento de la persona y el seguimiento del plan de apoyos, debe realizar este acompañamiento de una forma continuada: observando, escuchando a la persona, preguntándole, en suma, interesándose por la persona y por cómo funciona el plan de apoyos acordado. Además de este acompañamiento continuo es importante dedicar espacios “formales”, es decir, programados para realizar un seguimiento del plan de apoyos con la persona y, en su caso, con el familiar de referencia. Se trata de reuniones formales, pero no por ello frías o distantes, deben ser sesiones donde sentarse a conversar, escuchando y también repasando con cierto orden los objetivos y el cumplimiento de los apoyos. Una regularidad semestral de estas reuniones más formales puede resultar una buena frecuencia.

En circunstancias especiales también será necesario programar reuniones con otros profesionales, sobre todo cuando existan asuntos en que la participación de los mismo resulte de interés. No se trata tanto de reuniones de todo el equipo sino de contactos y consultas concretas con técnicos implicados en el plan de apoyos.





Además, deberán programarse revisiones del plan de atención y vida, en cuanto la valoración integral (una vez al año) y la evaluación de la consecución de objetivos y de la eficacia del plan de apoyos. La actualización de la valoración interdisciplinar la pueden ir realizando cada profesional, la experiencia nos dice que en estas reuniones de revisión no tiene por qué ser necesario que participen todo el equipo interdisciplinar, la presencia de la persona y familia, junto con el profesional de referencia y algún miembro del equipo técnico suele ser suficiente.

Finalmente cabe señalar la puesta en marcha de grupos de apoyo para apoyar la consecución de metas, propósitos personales o sueños que contribuyan a activar el proyecto de vida y mejorar el bienestar de la persona. Este grupo deberá ser impulsado por un facilitador/a y en el suelen participar, además de la propia persona y el profesional de referencia, personas cercanas a la misma (familia, amistades, algún otro profesional, algún voluntario...).



## 5/ La figura del profesional de referencia en centros

### *¿Qué es un profesional de referencia?*

El profesional de referencia puede definirse como aquel profesional vinculado a la atención directa que se responsabiliza, especialmente, del apoyo personalizado de un grupo reducido de personas que reciben cuidados en un centro o servicio.

Los profesionales de referencia en un centro realizan un acompañamiento en el día a día a estas personas para velar por sus derechos y bienestar, apoyando su participación en la atención y su autodeterminación en la vida.

Hay que destacar que no es el único profesional implicado en la atención cotidiana, ya que otros profesionales participan tanto en asistencias básicas (baño, vestido, etc.) como en otras atenciones y actividades. Algo que lógicamente es necesario cuando la atención se dispensa desde turnos de trabajo.

Tampoco es, obviamente, la única persona que establece relaciones de confianza con las personas a quienes acompaña. Lograr buenas relaciones no puede tener límites y es algo siempre deseable.

Esta figura profesional tiene elementos y cometidos comunes a la figura de gestión de casos o coordinador de apoyos, pero no es lo mismo, ya que el profesional de referencia no está pensado para el proceso de asignación de servicios sino para el acompañamiento de las personas que ya están en un servicio o centro en el día a día.

### *¿Dónde y por qué surge esta figura?*

El origen de la figura del profesional de referencia en centros surge, fundamentalmente, ante la necesidad de velar por una atención personalizada y coordinada de las personas que son atendidas en centros de gran capacidad donde participa un elevado número de profesionales o mantienen un sistema de trabajo y atención por turnos. De hecho, el origen de esta figura puede situarse en nuestro país en los años 90, concretamente en los centros residenciales de gran tamaño que pretendían evitar la desprotección de las personas y las lagunas que pueden ocasionar atenciones más centradas en las tareas que en las personas, por parte de profesionales diversos y, en ocasiones, poco coordinados.



A pesar de estas iniciales intenciones, el profesional de referencia, figura y cometidos que se recogen en diferentes normativas autonómicas vinculadas a la acreditación de centros y servicios, se viene aplicando desde una perspectiva altamente asistencial<sup>1</sup> asumiendo algunas tareas que quedaban en terreno de nadie (por ejemplo, supervisar armarios y enseres, limpieza de productos de apoyo, etc.)

Poco a poco, desde el desarrollo del enfoque de atención centrada en la persona, se va tomando consciencia de la importancia de que un profesional del equipo de atención directa asuma cometidos relacionados con el acompañamiento de la persona para lograr una atención personalizada y coordinada por parte de todos quienes participan en su cuidado.

### *Los cometidos del profesional de referencia desde el marco de la atención centrada en la persona*

El profesional de referencia desde el marco de la atención centrada en la persona asume una posición que se aleja de los modelos centrados en los servicios. Como se describe en la Tabla 3, las diferencias son importantes.

<b>Los profesionales en los modelos de atención centrados en el servicio</b>	<b>Los profesionales en los modelos de atención centrada en la persona</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Son expertos prescriptores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Son expertos empoderadores.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El control y poder está en manos del profesional o la institución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acompañan a las personas apoyando sus proyectos de vida.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mantienen relaciones verticales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mantienen relaciones más horizontales.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aplican intervenciones de protocolos y actúan con rigidez.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tienen flexibilidad y se adaptan a las necesidades y preferencias diarias de las personas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sus actuaciones son previsibles y tienen escasa autonomía en la atención cotidiana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Son proactivos y tienen autonomía en la atención cotidiana.</li> </ul>

Tabla 3. Diferencias en el rol profesional según modelo de atención

El profesional de referencia en centros desde el marco de la atención centrada en la persona, va más allá de las funciones meramente asistenciales, asumiendo un especial compromiso y desarrollando diversos cometidos que buscan una atención personalizada y, con ello, el bienestar de las personas. Los cometidos pueden ser muy diversos y hay que entenderlo siempre desde la flexibilidad que precisa la atención personalizada.

<sup>1</sup> La denominación inicial de esta figura inicialmente fue la de “tutorías”, emulando el sistema que se utilizaba en el campo de la educación. Actualmente se opta por la definición de profesional o persona de referencia versus “tutoras/es” para apartarse del carácter excesivamente directivo que conlleva esta denominación dando más relevancia al papel de acompañamiento en una vida adulta elegida.



Hecha esta matización, con carácter general cabe destacar cuatro cometidos importantes que conforman el papel y actuación de esta figura profesional:

### **1) Velar por la protección de los derechos de la persona y apoyar su bienestar.**

Desde este primer cometido, los y las profesionales de referencia:

- Se convierten en referentes claves para la seguridad y el bienestar de la persona.
- Velan por la protección de sus derechos y por apoyar su proyecto de vida.
- Ofrecen apoyo en la adaptación inicial al centro o servicio y en los momentos de mayor dificultad.
- Apoyan el mantenimiento de la identidad de las personas (trato, imagen personal, costumbres...).
- Identifican cambios y riesgos y buscan alternativas.
- Buscan que las personas estén conectadas y mantengan relaciones significativas.

### **2) Informar y comunicarse.**

Desde este segundo cometido, los y las profesionales de referencia:

- Se convierten en un referente importante de la persona y familia desde su llegada al centro.
- Mantienen contacto directo y comunicación con la persona y la familia sobre lo que necesitan y cómo se sienten.
- Buscan tiempo para la escucha, conversación y poder así comprender a las personas.
- Intercambian información con otros miembros del equipo.

### **3) Conocer a la “persona”.**

Desde este tercer cometido, los y las profesionales de referencia:

- Participan en la elaboración de las historias de vida.
- Conocen las necesidades y lo que para la persona es importante en este momento de su proyecto vital.
- Escuchan, observan, preguntan para identificar:
  - Las capacidades y fortalezas de las personas.
  - Sus rutinas de bienestar.
  - Sus actividades más significativas.
  - Sus preocupaciones.
  - Lo que les produce malestar.
  - Oportunidades que les permita seguir tomando decisiones y mantener el control sobre su vida cotidiana.



#### 4) Participación y apoyo al plan personalizado de atención

Desde este cuarto cometido, los y las profesionales de referencia:

- Participan en las reuniones de elaboración y seguimiento del plan personalizado de atención
- Acompañan su desarrollado velando por su cumplimiento, aportando ideas y apoyos.
- Buscan una acción coordinada, continuidad y la coherencia de las intervenciones.
- Solicitan la colaboración de otros profesionales cuando es necesario.
- Piden revisiones del plan personalizado cuando lo consideran oportuno.

#### *Las principales habilidades del profesional de referencia*

El profesional de referencia debe cultivar habilidades que le permitan desarrollar todos estos cometidos. No es una tarea sencilla, requiere compromiso, formación y el desarrollo de ciertas actitudes y habilidades. Desde la ética del cuidado estas habilidades suelen ser denominadas virtudes profesionales. Cabe destacar las siguientes:

- Escucha, cercanía y disponibilidad. Estar disponible para la persona y la familia.
- Respeto y mirada apreciativa. Relacionarse desde el reconocimiento del valor de cada persona y desde el respeto.
- Empatía. Saber captar y comprender lo que la persona siente.
- Compasión. Comprometerse con el acompañamiento a la persona, el alivio y el apoyo al afrontamiento de su sufrimiento.
- Saber lograr confianza, con la persona y su entorno social próximo.
- Interés y afabilidad. Mostrarse interesado, cordial para así facilitar la expresión, el diálogo y la comunicación.
- Prudencia. Ser capaz de relacionarse desde la discreción y la prudencia.

#### *Errores que debemos evitar en la comprensión y aplicación de esta figura profesional*

El desarrollo de esta figura profesional nos advierte de algunos errores que debemos evitar:

- Entender esta metodología como un mero “reparto” de personas usuarias entre profesionales.
- Pensar que el profesional de referencia desarrolla cometidos meramente asistenciales (cuidados concretos, limpieza de algunos artículos, orden de armarios, control de ropa...).
- Que es solo quien se encarga de rellenar documentos o registros de las personas asignadas.



- Elevar el número de personas por profesional de referencia, limitando la acción de esta a ciertos cometidos de orientación o supervisión periódica, pero con escasa función real en el acompañamiento continuado en el día a día.
- Confundir esta figura con alguien con quien que logra “mantener confianza” con la persona, circunstancia que se abre, obviamente a cuantas personas, profesionales o no, desee la persona. El profesional de referencia es alguien del equipo de atención directa que asume una responsabilidad de apoyo interna en el servicio y que participa en el plan personalizado de atención.

No podemos caer en atribuir estos errores a los propios profesionales, ya que la mayor parte de las veces tienen que ver con la apuesta organizacional y con cómo se está aplicando esta figura. En ocasiones no hay tiempos suficientes para desarrollar estos cometidos profesionales, no han recibido la formación necesaria, o carecen de apoyos para ello ante algunas situaciones más complejas.

### **Preguntas que surgen cuando se aplica esta metodología**

No tenemos todavía suficiente experiencia y conocimiento sobre la aplicación más idónea de esta metodología, la cual, además, se viene entendiendo y desarrollando de forma diversa en los servicios. Esto hace que surjan preguntas. Algunas de ellas se recogen en la Tabla 4 junto con las respuestas, provisionales, que se vienen dando.

<b>Preguntas frecuentes</b>	<b>Algunas repuestas (provisionales)</b>
<b>Cuántas personas usuarias para cada profesional de referencia</b>	Un buen número puede ser entre 2 y 4 personas por cada profesional de referencia.
<b>¿Todos los profesionales han de ser profesionales de referencia o solo unos cuantos?</b>	Empezar por experiencias piloto con personal voluntario puede ser el inicio. Son experiencias que permiten probar y aprender. No obstante, el objetivo final es que todos los profesionales de atención directa continuada asuman estos cometidos, ya que es una metodología clave en los modelos ACP.
<b>¿Quién debe ser el/la profesional de referencia en los distintos recursos (centros de día, residencias...)?</b>	Es habitual que en centros residenciales lo asuman los auxiliares (TCAE, Auxiliares Educadores, etc.) En otros recursos que tienen objetivos más específicos puede ser interesante incluir a miembros del equipo técnico también. Es importante que sean profesionales siempre vinculados al equipo de directa ya que deben participar en el diseño y apoyo del plan personalizado de atención.
<b>¿Cómo organizar la asignación de personas/profesionales?</b>	Combinar la afinidad personal con criterios organizativos como la disponibilidad de recursos y el reparto de estos cometidos entre los distintos profesionales.



<p><b>¿Cómo coordinar su labor con los otros profesionales?</b></p>	<p>Buscar sistemas de comunicación que permitan que la información importante se comparta y fluya. Tanto entre el grupo de atención cotidiana como con el equipo técnico interdisciplinar o equipo educativo. Además, buscar modos de trasladar alguna información con otros profesionales del centro, familia, voluntarios, etc.</p>
<p><b>¿Cómo apoyar a estos profesionales?</b></p>	<p>Una figura en el propio centro que supervise y apoye la labor de los profesionales de referencia (coordinador de unidad o módulo, figura de responsable asistencial, profesional que asuma labores de supervisión de profesionales y equipos, etc.). Algo que es necesario para el correcto desempeño de estos nuevos cometidos y el apoyo en momentos de especial dificultad. Además, es importante mantener contacto y cooperación con el resto del equipo interdisciplinar ante situaciones requieran consulta, orientación y consenso.</p>

### *Claves para el buen funcionamiento de esta figura*

Para finalizar, podemos señalar, a tenor de la experiencia de centros que aplican la metodología del profesional de referencia desde los cometidos del enfoque de la atención centrada en la persona, algunas claves o recomendaciones en su aplicación.

- La afinidad entre el profesional y la persona.
- Que haya opciones de cambio.
- La formación, inicial y continuada, de los profesionales que asuman estos cometidos.
- Algunas características de su labor: autonomía, proactividad, cooperación.
- Flexibilidad organizativa en el centro y capacidad para tomar decisiones en el día a día.
- La cooperación con los diferentes miembros del equipo técnico/educativo.
- La existencia de una figura de apoyo/supervisión a su labor.
- El reconocimiento de esta figura por parte del resto equipo, dirección.
- Lograr una relación de cercanía y confianza con las personas usuarias y con sus familias.
- Contar con un especial apoyo ante las pérdidas de personas que estaban a su cargo y también ante ciertas situaciones complejas que se producen en el cuidado.



## 6/ Referencias

- ASOCIACION NAVARRA EN FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL (ANFAS). (2012). *Planificación centrada en la persona*. Navarra: ANFAS. Disponible en: <https://issuu.com/anfasnavarra/docs/guiapcp>
- Bonnafont, A. (2020) *Atención centrada en la persona: Historia de Vida y plan personalizado de atención y de apoyo al proyecto de vida*. Fundación Pilares.
- FUNDACION SAN FRANCISCO DE BORJA. (2007). *Planificación centrada en la persona. Experiencia de la Fundación San Francisco de Borja con Discapacidad Intelectual*. Madrid: FEAPS. Disponible en: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3251>
- López, A., Marín, A.I., y De la Parte, J.M. (2004). La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica. *Siglo Cero: Revista española sobre discapacidad intelectual*, 35(1), nº 210. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/Lopezfraguaspcp.pdf>
- Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para profesionales de centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Vitoria: Departamento de Empleo y Asuntos sociales. Gobierno del País Vasco. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiatenciongerontologiacentradaenlaper-sona.pdf>
- Martínez, T. (2015). *Cuidar acompañando y apoyando los proyectos de vida*. Artículo publicado en el Blog "La atención centrada en la persona, un camino por recorrer". Disponible en: <https://acpgerontologia.blogspot.com/2015/01/cuidar-acompanando-y-apoyando-los.html>
- Martínez, T. (2016) El plan de atención y vida. Blog "La atención centrada en la persona, un camino por recorrer". Disponible en: <https://acpgerontologia.blogspot.com/2016/02/el-plan-de-atencion-y-vida-por-teresa.html>
- Martínez, T. (2018) Apoyar preferencias que implican riesgos. Blog "La atención centrada en la persona, un camino por recorrer". Disponible en: <https://acpgerontologia.blogspot.com/2018/08/apoyar-preferencias-que-implican.html?m=1>
- Martínez, T. (2021). Conferencia "Cuando el tiempo pasa". *El valor y el poder de nuestra historia de vida*. Proyecto Historias vividas. Fundación Abanca. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Nv69qjlrVIE>
- Martínez, T. (2024). *Historia de vida y el plan de atención y vida*. Plan formación Diputación Bizkaia. En prensa.
- Martínez, T., Cerdó M.F., y Díaz-Veiga P. (2022) *Ruta Apoyar preferencias que implican riesgos*. Documento marco del proyecto colaborativo "Rutas para el avance en atención centrada en la persona". San Sebastián/Donostia: Fundación Matía. Disponible en: <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/ruta-preferencias-que-implican-riesgos>.





- Martínez, T., Cerdó M.F., y Díaz-Veiga, P. (2021a) *Ruta Participación de la persona en su atención*. Documento marco del proyecto colaborativo "Rutas para el avance en atención centrada en la persona". San Sebastián/Donostia: Fundación Matía. Disponible en: [https://www.matiainstituto.net/sites/default/files/archivospdf/02\\_ruta2\\_participacion\\_20211115\\_digital.pdf](https://www.matiainstituto.net/sites/default/files/archivospdf/02_ruta2_participacion_20211115_digital.pdf)
- Martínez, T., Cerdó, M.F, y Díaz-Veiga, P. (2021b) *Guía Participación de la persona en su atención*. Material del proyecto colaborativo "Rutas para el avance en atención centrada en la persona". San Sebastián/Donostia: Fundación Matía. Disponible en: [https://www.matiainstituto.net/sites/default/files/archivospdf/02\\_guia2\\_participacion\\_castellano\\_20211115\\_digital.pdf](https://www.matiainstituto.net/sites/default/files/archivospdf/02_guia2_participacion_castellano_20211115_digital.pdf)
- Martínez, T., Salgado C., Fraile R., Sánchez, J.M., y Rodríguez, A. (2019). *Guía para activar el proyecto de vida de personas mayores que viven en entornos residenciales*. Valladolid: Gerencia de Servicios Sociales. Junta de Castilla y León. Disponible en <https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/547442>
- Mata, G. Crespo,S., Carratalá, A. (2017). *Planificación Centrada en la Persona. Planificando por adelantado el futuro deseado*. Madrid: Plena Inclusión. Disponible en: <https://www.plenainclusion.org/informate/publicaciones/planificacion-centradaen-la-persona-planificando-por-adelantado-el-futuro>
- Sevilla, J., Abellán, R., Herrera, G., Pardo, C., Casas, X., y Fernández, R. (2009). *Un concepto de Planificación Centrada en la Personas para el siglo XXI*. Fundación Adapta.
- Villar, F. (2006). Historias de vida y envejecimiento. *Informes Portal Mayores, nº 59*. Disponible en:<http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=51728>
- Zurbanobeaskoetxea, L (coord.), VV.AA. (2024). *Guía para la implantación de la planificación anticipada de decisiones y cuidados en centros residenciales*. Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia. Disponible en: [https://www.bizkaia.eus/home2/archivos/DPTO3/Temas/CCR/GUIA%20PADyC\\_ca\\_2.PDF?hash=b6286b1647ecd4f027cefc32a17aab39&idioma=CA](https://www.bizkaia.eus/home2/archivos/DPTO3/Temas/CCR/GUIA%20PADyC_ca_2.PDF?hash=b6286b1647ecd4f027cefc32a17aab39&idioma=CA)

