



# Serie Documentos

**a**cp gerontología

**Nº 4. Atención centrada en la persona en  
residencias de personas mayores españolas.  
Algunas opiniones de sus directores/as y  
profesionales**

**Teresa Martínez Rodríguez  
2016**

# Índice

<b>1</b>	<b>Introducción</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>El estudio realizado en residencias españolas</b>	<b>5</b>
<b>2.1</b>	<b>La muestra utilizada</b>	<b>5</b>
<b>2.2</b>	<b>El procedimiento seguido</b>	<b>7</b>
<b>2.3</b>	<b>La información recogida</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Principales resultados obtenidos</b>	<b>12</b>
<b>3.1</b>	<b>El grado de ACP dispensada y las áreas de mejora</b>	<b>12</b>
<b>3.2</b>	<b>El equipo técnico</b>	<b>14</b>
<b>3.3.</b>	<b>Los/as gerocultores/as</b>	<b>17</b>
<b>3.4.</b>	<b>El/la profesional de referencia</b>	<b>23</b>
<b>3.5.</b>	<b>Otras variables organizativas</b>	<b>27</b>
<b>4</b>	<b>Principales conclusiones y algunas recomendaciones</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>Limitaciones de los datos presentados</b>	<b>35</b>
<b>6</b>	<b>Referencias</b>	<b>36</b>
<b>7</b>	<b>Agradecimientos</b>	<b>40</b>

# 1/ Introducción

## *Sobre la serie Documentos Acpggerontología*

La serie *Documentos Acpggerontología* 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 que los precisan (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 4 de la serie *Documentos Acpggerontología* presenta los resultados de una muestra de 56 residencias españolas en relación al grado de atención centrada en la persona dispensada.

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

validación de pruebas de evaluación de servicios residenciales y centros de día diseñadas desde este enfoque.

Los resultados que aquí se presentan, de carácter descriptivo, completan el trabajo doctoral previo y permiten ofrecer una primera aproximación sobre el grado en que las residencias estudiadas ofrecen una atención centrada en la persona según la valoración de los directores y profesionales de atención directa. También se resumen algunos datos y opiniones de los responsables de los servicios en relación a distintas cuestiones de interés como el equipo técnico, los cometidos de los gerocultores y algunas variables organizativas que vienen siendo señaladas como facilitadoras de la aplicación de estos modelos de atención.

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

Esta serie y sus diferentes títulos están abiertos a comentarios y aportaciones de cuantos lectores, profesionales e investigadores quieran realizar desde un espíritu constructivo.

Agradezco de antemano vuestra colaboración y os animo a ello. Vuestras contribuciones serán tenidas en cuenta en las revisiones que los distintos documentos vayan teniendo.

Si deseas enviar algún comentario a este documento puedes hacerlo a través del correo electrónico: [teresamartinezgerontologia@gmail.com](mailto:teresamartinezgerontologia@gmail.com)

Para citar este documento:

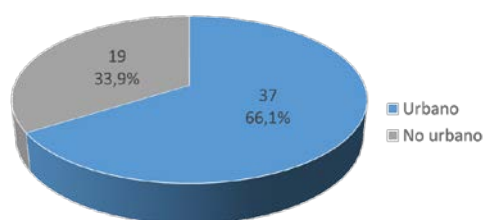
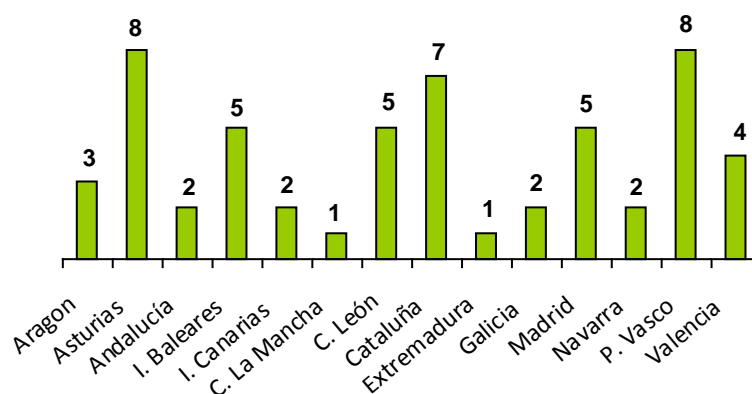
Martínez, T. (2016). *Atención centrada en la persona en residencias de personas mayores españolas. Algunas opiniones de sus directores/as y profesionales*. Serie Documentos Acpgerontología, nº 4. Disponible en [www.acpgerontologia.com](http://www.acpgerontologia.com)



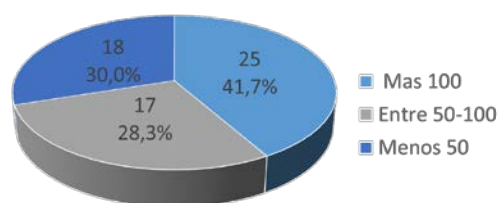
## 2/ El estudio realizado en población española en residencias

### 2.1 La muestra utilizada

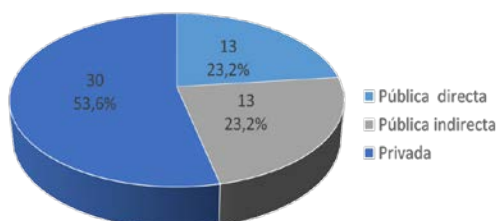
Residencias: 56



Ubicación



Capacidad

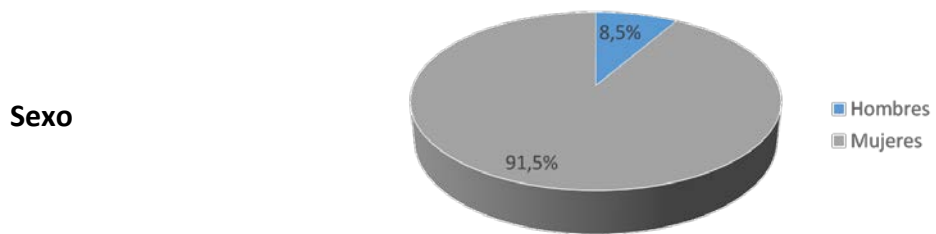
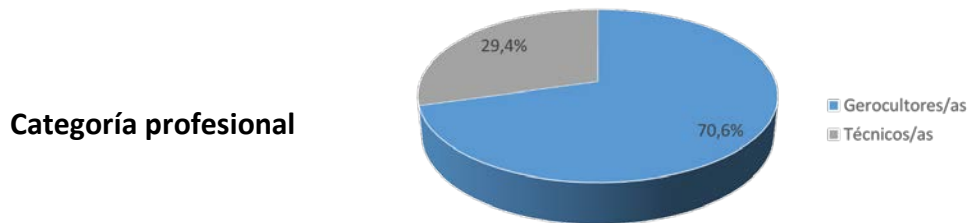


Modo de gestión

## Respondientes

➔ Directores/as: 56

➔ Profesionales de atención directa: 1.339



**Edad media** 39,41 años

**Tiempo de prestación de servicios en el centro** 76,97 meses



## 2.2 El procedimiento seguido

La recogida de información en los 56 centros se realizó en el periodo enero/abril de 2014. Con el objetivo de asegurar una adecuada recogida de datos se realizaron las siguientes acciones y se siguieron ciertos criterios.

- ➔ Inclusión en el estudio de los centros que cumplieran diversos criterios.

Criterios de inclusión:

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

Criterio de exclusión:

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

- ➔ Evaluación del grado de Atención Centrada en la Persona dispensado en el centro mediante *The Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT)* (Edvardsson, Fetherstonhaugh, & Gibson, 2010) en su adaptación a población española (Martínez, Suárez-Álvarez, Yanguas, & Muñiz, 2015) y *The Staff Assessment Person-directed Care (PDC)* (White, Newton-Curtis, & Lyons, 2008) también en su versión española (Martínez, Suárez-Álvarez, Yanguas, & Muñiz, in press).

- ➔ Recogida de la información a través de aplicaciones colectivas en cada centro en varias sesiones para facilitar asistencia
- ➔ Instrucciones idénticas para ser leídas en alto por los/as coordinadores/as en las diferentes aplicaciones.
- ➔ Invitación a todos los profesionales de cada centro de dos grupos: gerocultores/as y equipo técnico (médicos/as, enfermeros/as,



psicólogos/as, terapeutas ocupacionales, trabajadores/as sociales, educadores/as sociales, fisioterapeutas, etc.).

- ➔ Participación de los/as profesionales voluntaria, anónima, confidencial y no remunerada.
  - ➔ Envío y recogida de los materiales por servicio de mensajería.
  - ➔ Entrega a los/as profesionales responsables de la recogida de datos de un certificado acreditativo de su colaboración en el estudio.
- 
- ➔ Registro de un cuestionario de información descriptiva del centro y opinión de la atención por parte del director/a del centro.
  - ➔ Devolución de la información posterior a los/as responsables de las entidades o centros, enviando un informe resumen de los resultados obtenidos en su centro en cuanto al grado de ACP dispensada.
  - ➔ Procedimiento aprobado y supervisado por el Comité de Ética Asistencial de Matia Fundazioa / Fundación Hurkoa.

## 2.3 Información recogida

### De los y las profesionales de atención directa

Todos los profesionales que participaron en el estudio valoraron en qué grado en su centro residencial se dispensaba una atención centrada en la persona. Para ello cumplieron dos cuestionarios estandarizados, el P-CAT y el PDC, en su versión española. El primero es una prueba abreviada, de 13 ítems que ofrece una puntuación global; el segundo es una prueba más extensa, de 50 ítems, que además de una puntuación total permite obtener puntuaciones independientes en 8 factores: autonomía, conocimiento de la persona, perspectiva de la persona, bienestar en los cuidados, relaciones sociales, ambiente personalizado, profesionales de atención directa y organización. Además también valoraron en una escala numérica (0-10) en qué grado en su centro ofrecía una atención centrada en la persona.



## De los y las directores/as de las residencias

El cuestionario diseñado para recoger información y opiniones de los/as directores/as de los servicios abordaba cuestiones muy diversas. Los datos que en este informe se resumen hacen referencia a las siguientes cuestiones:

### ○ El grado de ACP dispensada en las residencias

- Grado en que el centro dispensa una Atención Centrada en la Persona medida en una escala numérica (0-10).

### ○ El equipo técnico del centro

- Importancia de la existencia de un equipo interdisciplinar para ofrecer ACP. (Escala Likert de 5 categorías de respuesta: 1. Totalmente en desacuerdo, 2. En desacuerdo, 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4. De acuerdo, 5. Totalmente de acuerdo).
- Adecuación de la diversidad en la composición del equipo interdisciplinar para ofrecer ACP: Sí/No
- Suficiencia horaria del equipo para ofrecer ACP: Sí / No.
- Necesidad de dedicación del equipo al centro no compartida. (Escala Likert de 5 categorías de respuesta como la anterior).
- Formación del equipo para ofrecer ACP (Escala Likert de 5 categorías de respuesta, como la anterior).

### ○ Los gerocultores/as y sus actuales cometidos

- Suficiencia de la ratio de gerocultores/as para dispensar una ACP: Sí /No.
- Formación de los gerocultores/as para dispensar una ACP (Escala Likert de 5 categorías de repuesta, como la anterior).
- Cometidos distintos al apoyo en las actividades básicas de la vida diaria (baño, vestido, aseo, comida, ir al baño, desplazamiento). Se evaluó la frecuencia con que se realizaban distintos cometidos a través de una escala Likert de 5 categorías de respuesta: 1. Nunca o casi nunca; 2. Pocas veces; 3. A veces; 4. Bastantes veces; 5. Siempre o casi siempre que la persona lo pide o precisa.
  - Acompañar a las personas usuarias a pasear (dentro o fuera del centro)
  - Acompañar a las personas usuarias para realizar actividades y gestiones personales fuera del centro (por ejemplo realizar compras, ir al banco, acudir a servicios de la comunidad, visitas a amigos, etc)
  - Ayudar a las personas usuarias a realizar tareas domésticas (como por ejemplo cocinar, lavar y cuidar alguna ropa, ordenar su habitación o el centro, etc.).

- Ayudar a las personas usuarias en la realización de actividades terapéuticas o de ocio programadas en el centro.
- Ayudar a las personas usuarias en la realización de actividades individuales de su agrado (escribir, oír música, mirar fotos, aficiones, etc.)

### ○ La figura del profesional de referencia y sus cometidos

- Existencia de la figura del profesional de referencia: Sí/No

En caso de aplicar esta figura profesional, se preguntaba sobre:

- Categoría profesional que asume estos cometidos.
- Cometidos desarrollados. Se evaluaron los siguientes ítems a través de una escala Likert de 5 categorías de respuesta que medía la frecuencia de realización del cometido citado: 1. Nunca o casi nunca; 2. Pocas veces; 3. A veces; 4. Bastantes veces; 5. Siempre o casi siempre que la persona lo pide o precisa.
  - Tareas de cuidado complementarias a las tareas asistenciales cotidianas (por ejemplo ocuparse a la limpieza de ciertos utensilios como las sillas de ruedas o bolsos, ordenar armarios, cortar las uñas, etc.)
  - Informar y ocuparse de mantener una comunicación fluida con las familias de las personas usuarias a su cargo.
  - Participar en el diseño del plan de cuidados o atención de las personas a su cargo y encargarse de su seguimiento.
  - Observar las preferencias, rechazos, logros y dificultades de las personas a su cargo.
  - Convertirse en la persona de confianza de la persona usuaria, darle seguridad y estar atento a su evolución, necesidades y bienestar.

### ○ Otras variables organizativas y/o de intervención asociadas a la ACP

- Tipo de sistema de asignación de los gerocultores/as en el cuidado a las personas usuarias: Permanente/Rotación
- Tipo de unidad residencial: Modelo Tradicional (MT)/ Modelo *Housing* (MH). Se consideró que una residencia respondía al MH, cuando cumplía los siguientes 5 criterios: a) Unidades convivenciales con una capacidad igual o menor a 20 plazas; b) Gerocultores/as asignados de forma permanente a cada unidad (sin estar en un sistema de rotación por plantas o unidades); c) Horarios y actividades cotidianas de cada unidad flexibles y decididos en la propia unidad (no generales del centro); d) Decoración y ambiente de la unidad hogareño, similar a la de una casa, y e) Cuidados personales dispensados según necesidades y preferencias de las personas (no según horarios y protocolos dictados según tareas asistenciales pautadas de forma genérica para todas las personas)
- Participación de las personas usuarias en su plan personalizado de atención. Escala Likert 5 categorías (1. Totalmente en desacuerdo; 2. En desacuerdo; 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4. De acuerdo; 5. Totalmente de acuerdo).



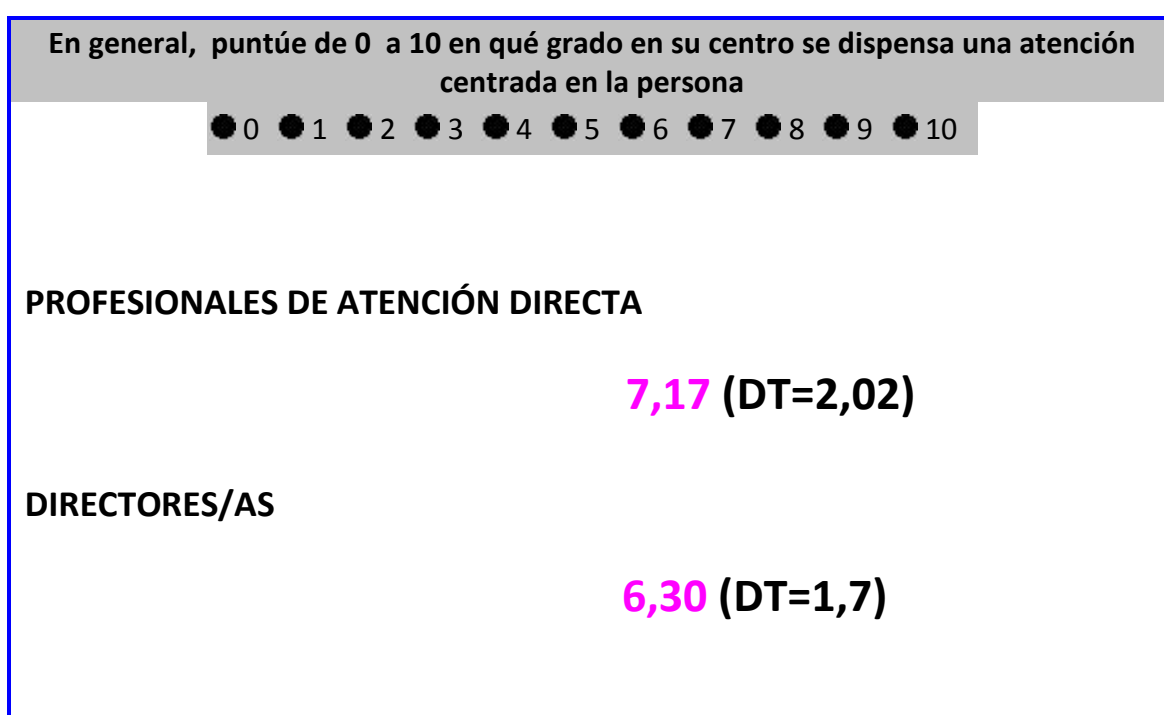
- Participación de las familias en el plan personalizado de atención. Escala Likert de 5 categorías de respuesta, como la anterior).



## 3/ Principales resultados obtenidos

### 3.1. El grado de ACP dispensada y las áreas de mejora

En el ítem en el que se pregunta tanto a los profesionales como a los directores en una escala numérica (0-10) sobre el grado en que su residencia se ofrecía una atención centrada en la persona, la puntuación media otorgada por los primeros fue de 7,17 y la de los directores, más exigentes, de un 6,30.

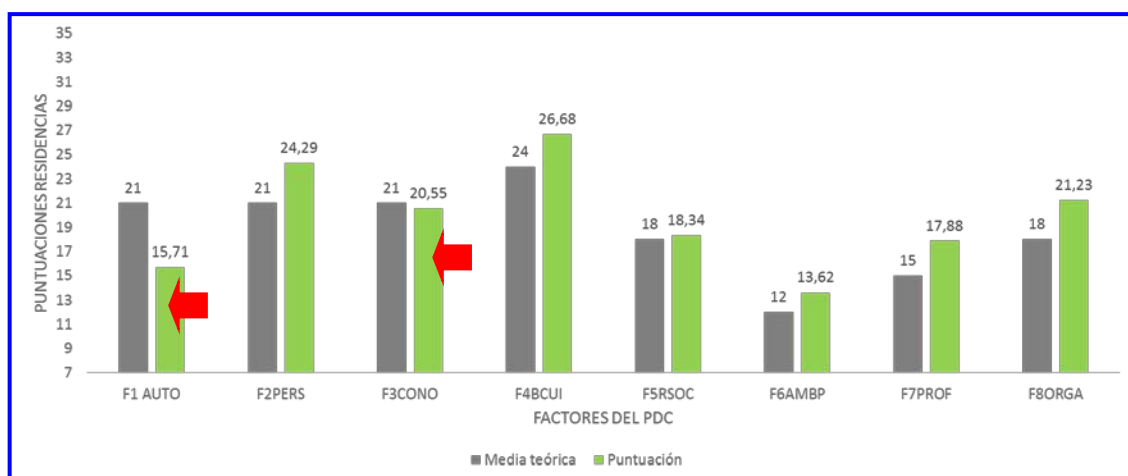


La calificación de los profesionales de atención directa medida a través de autoinformes estandarizados, concretamente las versiones españolas del P-CAT (Martínez et al., 2015) y del PDC (Martínez et al., in press) señalan un nivel medio en cuanto al grado en que los centros evaluados ofrecen una atención centrada en la persona. Esta afirmación se realiza tomando como referencia la media teórica de las escalas ya que no existen estudios previos ni valores consensuados que permitan valorar en nuestro contexto las puntuaciones obtenidas. Utilizando esta referencia, las puntuaciones obtenidas en ambas pruebas se situarían por encima de las respectivas medias teóricas (P-CAT= 39 y PDC =150).



<b>P-CAT</b>	<b>46,95 ( DT=8,36)</b>
Rango de puntuación de la prueba	13-65
Media teórica de la prueba	39
<b>PDC</b>	<b>158,87 (DT=36,51)</b>
Rango de puntuación de la prueba	50-250
Media teórica de la prueba	150

De especial interés resulta conocer cómo se sitúan los diferentes componentes de este modelo de atención en la muestra de residencias estudiada medidos a través del PDC en 8 factores (autonomía, conocimiento de la persona, perspectiva de la persona, bienestar en los cuidados, relaciones sociales, ambiente personalizado, profesionales de atención directa y organización).



Dos factores, autonomía y conocimiento de la persona, han obtenido puntuaciones inferiores a la media teórica del factor (-5,29 y -0,45 respectivamente). La singularidad de la persona y la promoción de la autonomía son elementos nucleares de los modelos ACP y, por tanto, se convierten en aspectos esenciales a la hora de interpretar si las prácticas asistenciales son afines a este enfoque (Bowers, Nolet, Roberts, & Esmond, 2007; Bowman & Schoeneman, 2006; Cambridge & Carnaby, 2005; Glynn et al., 2008; Kitwood, 1997; McCormack, 2004; Morgan & Yoder, 2012; Nay, Bird, Edvardsson, Fleming, & Hill, 2009; Sanderson & Lewis, 2012; Winbolt, Nay, & Fetherstonhaugh, 2009).

En este sentido, cabría afirmar que estos dos componentes se revelan como dos áreas de clara mejora en los recursos residenciales evaluados. Estos hallazgos dan respaldo a las afirmaciones de distintos autores que vienen advirtiendo de la actual situación en nuestro país de los centros residenciales en los que predominan todavía modelos donde la atención se decide desde un criterio profesional sin tener suficientemente en cuenta la opinión de las personas y sin permitir que éstas tengan control sobre su día a día; centros en lo que la atención está escasamente personalizada y ésta se programa desde protocolos poco flexibles que obvian la singularidad de las personas, sus modos de vida previos y sus preferencias en cuanto a su atención y vida cotidiana (Díaz-Veiga y Sancho, 2013; Martínez, 2010, 2011, 2013; Rodríguez, 2012; Sancho y Yanguas, 2014).

### 3.2. El equipo técnico

La existencia de equipos técnicos interdisciplinares se ha asociado a la calidad asistencial de los centros residenciales (Collier & Harrington, 2008). Además, la formación de los profesionales en ACP ha sido puesta en relación tanto con la calidad asistencial como su capacidad para actuar facilitando el cambio de modelo hacia la ACP (Innes, Macpherson, & McCabe, 2006; Cobban, 2004).

Los directores/as de los centros evaluados defienden la presencia de los equipos técnicos interdisciplinar como un elemento necesario para una adecuada aplicación de modelos e intervenciones orientadas desde la ACP en los centros residenciales.



## Su importancia

- Los/as directores de las residencias evaluadas opinan que la existencia de un equipo interdisciplinar es esencial para ofrecer una atención centrada en la persona. Un 64,3 % se muestra totalmente de acuerdo con esta consideración.

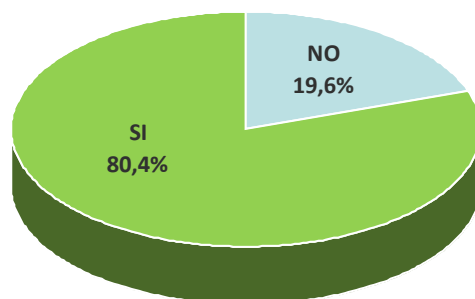
***La atención centrada en la persona solo puede garantizarse si hay un equipo interdisciplinar (integrado por profesionales que permitan una visión bio-psico-social) que apoye la acción de los/as gerocultores/as.***

Totalmente en desacuerdo	1,8 %
En desacuerdo	7,1%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7,1 %
De acuerdo	19,6 %
Totalmente de acuerdo	64,3%

## Composición interdisciplinar

- Un 80,4% de los directores/as consideran que su equipo interdisciplinar tiene una composición adecuada para ofrecer una atención centrada en las personas.

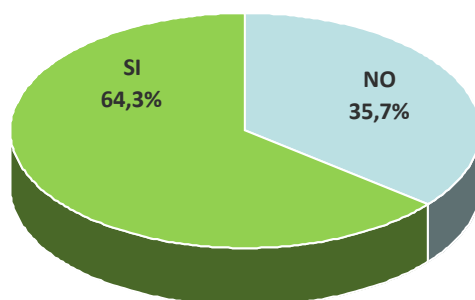
***¿Considera adecuada la diversidad de la composición del equipo técnico en el centro para ofrecer una atención centrada en la persona?***



## Dedicación horaria

- Un 64,3% opinan que la actual dedicación horaria de los equipos técnicos es suficiente para aplicar estos modelos de atención.

***¿Considera, en general, suficiente la dedicación horaria del equipo técnico para ofrecer una atención centrada en la persona?***



## Dedicación no compartida

- Los directores/as no mantienen una opinión uniforme sobre si es necesario que el equipo técnico sea específico para la propia residencia y no sea compartido con otros recursos.

***Para garantizar una atención centrada en la persona es necesario que el equipo técnico pertenezca a la propia plantilla del centro y no proceda o se comparta con otros recursos ajenos.***

Totalmente en desacuerdo	3,6 %
En desacuerdo	19,7 %
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	25 %
De acuerdo	25 %
Totalmente de acuerdo	28,6 %





## Formación

- Los/as directores/as tienden a considerar que sus equipos técnicos tienen una formación adecuada para aplicar modelos ACP. Sin embargo solo un 37 % afirman estar totalmente de acuerdo con esta consideración.

<b><i>El equipo técnico de este centro tiene una formación adecuada para ofrecer y contribuir a una atención centrada en la persona.</i></b>	
Totalmente en desacuerdo	0 %
En desacuerdo	8,9 %
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	14,3 %
De acuerdo	39,3 %
Totalmente de acuerdo	37,5 %

### 3.3. Los/as gerocultores/as

Los gerocultores vienen siendo considerados una pieza clave en la aplicación de modelos ACP al ser éstos quienes asumen una mayor autonomía y responsabilidad en cuanto a la dispensación de la atención personalizada en el día a día (Bowers et al., 2007; Bowman & Schoeneman, 2006; Cobban, 2004; Kitwood, 1997; Innes et al., 2006; Martínez, Díaz-Veiga, Sancho y Rodríguez, 2014; Nolan, Brown, Davies, Nolan, & Keady, 2006; Sheard, 2004; Patmore & McNulty, 2005).

Distintas variables relacionadas con esta categoría profesional han sido señaladas en relación a la calidad asistencial y a la aplicación de modelos ACP como son: la adopción del enfoque y una actitud favorable, una adecuada formación, un ratio suficiente o la polivalencia en los apoyos y cuidados que ofrecen a las personas (Bowers et al., 2007; Bowman & Schoeneman, 2006; Innes et al., 2006; Cobban, 2004).

Seguidamente se resumen algunas de las opiniones que en este estudio los/as directores/as expresan sobre cuestiones como la suficiencia de ratio actual, el grado de formación que tienen para ofrecer una atención centrada en las personas y sobre los cometidos que desarrollan.

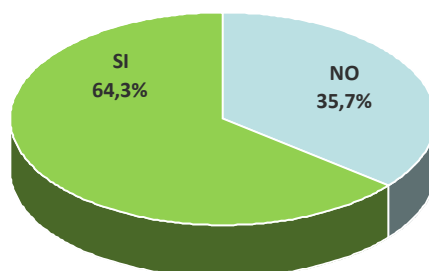


## Suficiencia de la ratio

Una ratio de profesionales suficiente es una condición que habitualmente es señalada en relación a la calidad asistencial; no obstante algunos estudios indican que aunque una ratio suficiente es una condición importante en la calidad asistencial, ésta no mantiene una relación lineal con el bienestar y calidad de vida de los residentes, ya que el aumento posterior de plantilla no se relaciona de forma directa con la calidad y el tipo de atención dispensada (Rosvik, Engedal, & Kirkevold, 2014).

- Un 64,3 % de los responsables de los centros consideran que la actual ratio de gerocultores/as es suficiente para ofrecer ACP, frente a un 35,7 % que opinan lo contrario.

***¿Considera suficiente la actual ratio de gerocultores/as del centro para ofrecer una atención centrada en la persona?***



## Formación

El grado de formación de los profesionales de atención directa de los centros en relación al enfoque ACP y a cómo aplicar sus propuestas, ha sido también destacado como un aspecto importante no solo en cuanto a la calidad del cuidado sino como elemento clave para hacer efectivo un cambio en el modelo de atención (Innes et al., 2006; Cobban, 2004).



- La formación actual de los gerocultores/as para trabajar desde la ACP, según sus directores, parece ser diversa según los centros. Solo el 16,2 % manifiestan estar totalmente de acuerdo con que sus gerocultores tienen una formación adecuada.

<b>Los gerocultores/as de este centro (auxiliares de enfermería o similar) tienen una formación adecuada para trabajar desde un enfoque de atención centrado en la persona.</b>	
Totalmente en desacuerdo	3,6 %
En desacuerdo	23,2 %
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	21,4 %
De acuerdo	35,7 %
Totalmente de acuerdo	16,1 %

## Cometidos polivalentes

La polivalencia de los gerocultores/as es un aspecto de gran relevancia en la aplicación de modelos ACP. Además de los cometidos “clásicos” de tipo asistencial que habitualmente este grupo profesional viene desarrollando en las residencias, es importante la asunción de otros de índole psicosocial. La asunción de nuevos y variados cometidos relacionados con la atención integral sin limitarse a realizar tareas habitualmente relacionadas con la higiene y la atención sanitaria básica, junto con la posibilidad de ser flexibles y tener mayor autonomía para tomar decisiones sin tener que ser simples “ejecutores” de decisiones prescritas por otros profesionales, son objetivos básicos en la reorientación del rol de esta importante categoría profesional (Bowman & Schoeneman, 2006, Innes et al., 2006; Martínez, 2011).

A continuación se muestran algunas de las repuestas de los/as directores/as a las preguntas sobre la frecuencia con que los gerocultores/as del centro desempeñan algunos cometidos que, en los entornos de cuidado residencial, pueden ser descriptivos de un mayor grado de polivalencia.



- Solo en la mitad de los centros, los y las gerocultores/as acompañan a las personas usuarias a dar paseos de una forma frecuente (bastantes veces o siempre/casi siempre que se pide o se necesita).

<b><i>Acompañar a las personas usuarias a dar paseos (por dentro o fuera del centro)</i></b>	
Nunca o casi nunca	12, 5 %
Pocas veces	16, 1%
A veces	21,4 %
Bastantes veces	30,4 %
Siempre o casi siempre que la persona lo pide o precisa	19, 6%

- El acompañamiento a las personas fuera del centro para realizar gestiones personales solo se realizan de forma frecuente por los/as gerocultores/as en un 9% de los centros.

<b><i>Acompañar a las personas usuarias en salidas fuera del centro para realizar gestiones personales (realizar compras, ir al banco, acudir a servicios de la comunidad, realizar visitas...)</i></b>	
Nunca o casi nunca	57, 1 %
Pocas veces	21, 4 %
A veces	12, 5 %
Bastantes veces	1, 8 %
Siempre o casi siempre que la persona lo pide o precisa	7, 1 %

- Solo en un 21 % de las residencias los gerocultores/as ofrecen de forma frecuente apoyo para que las personas usuarias puedan seguir realizando ciertas tareas domésticas relacionadas con la vida cotidiana en el centro.

<b><i>Ayudar a las personas usuarias a realizar tareas domésticas (como por ejemplo cocinar, lavar y cuidar alguna ropa, ordenar su habitación o el centro, etc.)</i></b>	
Nunca o casi nunca	37,5 %
Pocas veces	16,1 %
A veces	25,0 %
Bastantes veces	10,7 %
Siempre o casi siempre que la persona lo pide o precisa	10,7 %

- En menos de la mitad de los centros (el 45,5%) los/as gerocultores/as ayudan de forma frecuente a que las personas usuarias realicen actividades terapéuticas y de ocio programadas.

<b><i>Ayudar a las personas usuarias en diversas actividades terapéuticas y de ocio programadas en el centro (como por ejemplo actividades de estimulación cognitiva, actividades manuales, juegos, etc.)</i></b>	
Nunca o casi nunca	16,4 %
Pocas veces	10,9 %
A veces	27,3 %
Bastantes veces	20,0 %
Siempre o casi siempre que la persona lo pide o precisa	25,5 %

- En menos de la cuarta parte de las residencias (el 21,5%) los gerocultores/as ofrecen ayuda de forma frecuente a las personas usuarias para que puedan seguir realizando ciertas actividades individuales de su agrado.

<b><i>Ayudar a las personas usuarias a realizar actividades individuales de su agrado (escribir, poner su música favorita, mirar fotos, aficiones propias, etc.)</i></b>	
Nunca o casi nunca	25,0 %
Pocas veces	32,0 %
A veces	21,4 %
Bastantes veces	5,4 %
Siempre o casi siempre que la persona lo pide o precisa	16,1 %

Como se puede apreciar en estos resultados, el rol actual de los/as gerocultores/as no es suficientemente polivalente para facilitar las propuestas de la ACP ya que se centra fundamentalmente en cometidos asistenciales básicos. En cuanto a los cometidos sobre los que se ha preguntado, los realizados con mayor frecuencia son acompañar a pasear paseos y apoyar en actividades programadas en el propio centro. El resto de cometidos no son asumidos habitualmente por los gerocultores/as en los centros evaluados. Los motivos, que no fueron preguntados en este estudio, lógicamente, pueden ser diversos, desde una insuficiencia de recursos humanos para realizarlos, hasta una consideración organizativa de que estas funciones no son propias de esta categoría laboral o incluso por no entenderse como apoyos esenciales en la atención dispensada, y quedar, por tanto, fuera del objeto de atención/apoyo, y por tanto del alcance y vida de las personas usuarias. En todo caso estos datos muestran que el rol de los gerocultores/as actuales es básicamente asistencial y queda alejado de las propuestas de los modelos orientados desde la ACP.

### 3.4. El/la profesional de referencia

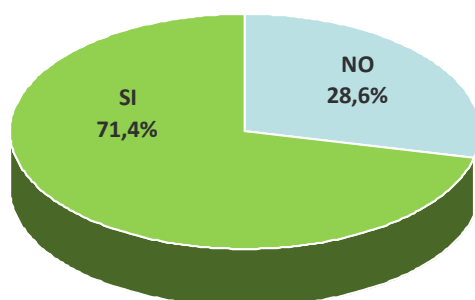
La figura del profesional de referencia, como metodología que permita una mayor cercanía a las personas usuarias y la coordinación de las atenciones viene siendo ya recogida y exigida en distintas normativas autonómicas, sobre todo en relación a la acreditación de servicios. La conceptualización de la figura y la concreción de sus cometidos, sin embargo, no han sido suficientemente desarrollados y las aplicaciones son diversas.

Además, sus cometidos no siempre son acordes y responden a los que desde la ACP se proponen para esta figura profesional. La figura del profesional de referencia, desde este enfoque, viene siendo reconocida como una metodología de especial utilidad para favorecer la atención personalizada, favorecer cercanía y vínculos de confianza, coordinar la atención así como para lograr una mayor implicación por parte de los profesionales de atención directa (Bowman & Schoeneman, 2006; Martínez, 2010; Martínez et al., 2014). Es una metodología que está siendo incluida en los proyectos de cambio de modelo residencial para avanzar hacia la ACP especialmente en los centros residenciales (Bermejo, Martínez, Díaz, Mañós y Sánchez, 2009; Martínez et al., 2014).

Los datos hallados en este estudio nos muestran que a pesar de su habitual utilización en las residencias, su conceptualización efectivamente es diversa y los cometidos que desde la ACP se proponen para esta figura profesional no están suficientemente consolidados.

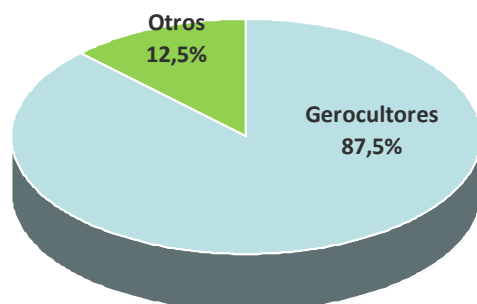
#### Aplicación de la metodología o figura del profesional de referencia

- En las residencias evaluadas, el 71% de sus directores/as afirma aplicar esta metodología mientras que un 28,6% manifiesta no utilizarla.



## Categoría profesional

- La mayoría de las residencias (87,5%) que aplican el profesional de referencia optan por los gerocultores/as como categoría profesional para asumir estos cometidos.



## Cometidos que desarrollan los/as profesionales de referencia

- Una parte importante de los centros consultados (el 82,5 %) informan que los/as profesionales de referencia asumen frecuentemente la realización de ciertas tareas asistenciales que, al no realizarse todos los días, quedan “fuera” de los cometidos de cuidados personales diarios básicos del conjunto de gerocultores/as.

***Tareas de cuidado concretas complementarias a las tareas asistenciales cotidianas (por ejemplo ocuparse a la limpieza de ciertos utensilios como las sillas de ruedas o bolsos, ordenar armarios, cortar las uñas, etc.)***

Nunca o casi nunca	15 %
Pocas veces	2,5 %
A veces	0 %
Bastantes veces	35%
Siempre o casi siempre que la persona lo pide o precisa	47,5 %





- La comunicación habitual con familias no es un cometido habitualmente asumido por los profesionales de referencia en la mayor parte de los centros consultados, solo un 37,5% manifiesta hacerlo con frecuencia.

<b><i>Informar y ocuparse de mantener una comunicación fluida con las familias de las personas usuarias a su cargo</i></b>	
Nunca o casi nunca	37,5 %
Pocas veces	5 %
A veces	20 %
Bastantes veces	17,5 %
Siempre o casi siempre que la persona lo pide o precisa	20 %

- En el 65% de las residencias, los profesionales de referencia participan en el diseño y seguimiento de los planes personalizados de atención. Cabe también destacar que un 25% no lo hace nunca o casi nunca.

<b><i>Participar en el diseño del plan de cuidados o atención de las personas a su cargo y encargarse de su seguimiento</i></b>	
Nunca o casi nunca	2,0 %
Pocas veces	7,5 %
A veces	2,5 %
Bastantes veces	22,5 %
Siempre o casi siempre que la persona lo pide o precisa	42,5 %

- En el 75% de las residencias, los profesionales de referencia se encargan de la observación de aspectos cualitativos (preferencias, rechazos, logros y dificultades) importantes para la atención personalizada y el bienestar de las personas a su cargo. Una cuarta parte de los centros parece no contemplar este cometido.

<b><i>Observar las preferencias, rechazos, logros y dificultades de las personas a su cargo</i></b>	
Nunca o casi nunca	10,0 %
Pocas veces	0,0 %
A veces	15,0 %
Bastantes veces	32,5 %
Siempre o casi siempre que la persona lo pide o precisa	42,5 %

- El cometido básico del profesional de referencia, generar una relación de confianza con la persona usuaria no es asumido de una forma clara en el conjunto de los centros. Cabe destacar que solamente en una cuarta parte de los centros, los gerocultores/as llegan a convertirse en una persona de confianza para la persona usuarias siempre o casi siempre que la persona lo precisa.

<b><i>Convertirse en la persona de confianza de la persona usuaria, darle seguridad y estar atento a su evolución, necesidades y bienestar</i></b>	
Nunca o casi nunca	15,0 %
Pocas veces	5,0 %
A veces	25,0 %
Bastantes veces	30,0 %
Siempre o casi siempre que la persona lo pide o precisa	25,0 %

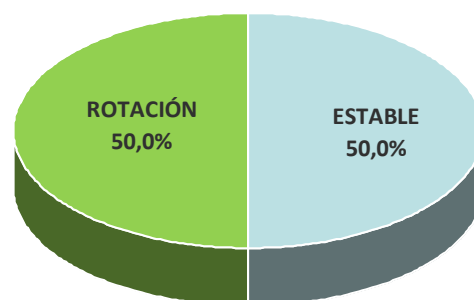
### 3.5. Otras variables

A continuación se ofrecen una serie de datos recogidos también a través de los directores/as que ofrecen información sobre algunas variables organizativas que han sido asociadas al grado de ACP dispensada, actuando bien como facilitadores o como frenos a su aplicación.

#### El tipo de asignación de los/as gerocultores/as

La asignación estable, eliminando los sistemas organizativos que incluyen la rotación de los profesionales en el cuidado de las personas mayores, ha sido asociada a la calidad asistencial (Bowers, 2003; Bowers, Esmond, & Jacobson, 2000; Caudil & Patrick, (1991-1992); Eaton, 2000, 2001; Farrell, Frank, Brady, McLaughlin, & Gray, 2006; Farrell & Dawson, 2007; Patchner, 1989; Stadnyk, Lauckner, & Clarke, 2011) además de actuar como un elemento facilitador de la aplicación de los modelos ACP (Bowers, 2003; Prieto, 2014).

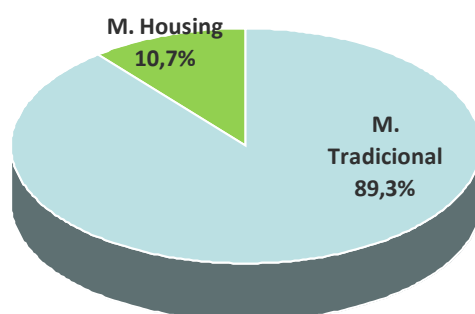
- En este estudio se ha encontrado que la mitad de las residencias evaluadas mantienen sistemas de rotación habitual de los/as trabajadores/as que prestan cuidados personales a los/as residentes.



## Modelo residencial

La organización residencial según las características del Modelo *Housing* (ver criterios usados para su definición en la página 10 de este informe) es una opción frecuentemente utilizada para la reorientación de centro. Distintos estudios han puesto de relieve los efectos positivos de la reorientación de las residencias tradicionales hacia modelos de pequeñas unidades convivenciales inspiradas en el modelo *housing*, claramente alineado con los enunciados de la ACP, en relación al aumento de la calidad de vida de las personas usuarias (Bergman-Evans, 2004; Boekhorst, Willemse, Depla, Eefsting, & Pot, 2009; Chenoweth et al. 2014; Díaz-Veiga et al., 2014; Robinson & Roshe, 2006) y a la mejora en el nivel de funcionamiento de los residentes (Kane, Lum, Cutler, Degenholtz, & Yu, 2007; Verbeek et al., 2010). También se ha encontrado que las unidades residenciales modelo *housing* se relacionan con algunos indicadores de calidad asistencial como la reducción de medidas de contención física y farmacológica (Te Boekhorst et al. 2009; Chang, Li, & Porock, 2013; Coleman et al., 2002; Palese, Granzotto, Broll, & Carlesso, 2010; Willemse, Smit, de Lange, & Pot, 2011).

- Solo 6 residencias de las 56 que tomaron parte en este estudio ofrecían una organización residencial modelo *Housing* según los criterios previamente definidos. El resto de centros respondía a un modelo residencial tradicional.



## Participación de personas usuarias y familias en el PPA

La participación de las personas usuarias (y de las familias, en su caso) en su atención y en la organización de su vida diaria es un aspecto nuclear en los modelos ACP. La participación de las propias personas usuarias y de las familias en los planes personalizados de atención es una metodología recomendada para favorecer la autodeterminación de quienes reciben cuidados y garantizar que la atención sea acorde a sus necesidades y preferencias. De hecho, algunas evaluaciones incluyen la participación formal de éstas en las reuniones de elaboración y seguimiento del plan individual de atención como un indicador de progreso en el avance hacia la ACP (Van Haitsma et al., 2014; Bowman & Schoeneman, 2006).

- Los resultados obtenidos indican que la participación de las personas usuarias en su plan personalizado de atención no es todavía una metodología consolidada en las residencias. Tan solo en una tercera parte de los centros la participación de éstas en su atención es una opción totalmente posible según sus responsables.

<b><i>En relación al plan personalizado de atención, las personas que lo desean pueden participar en su elaboración y revisión.</i></b>	
Totalmente en desacuerdo	7,4 %
En desacuerdo	27,8 %
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	16,7 %
De acuerdo	14,8 %
Totalmente de acuerdo	33,3 %



- Solo en una tercera parte de las residencias que participaron en este estudio sus directores/as manifiestan estar totalmente de acuerdo con que las familias pueden participar en la elaboración y seguimiento de los planes personalizados de atención.

<b><i>En relación al plan personalizado de atención, las familias que lo desean (y las personas usuarias lo aceptan) pueden participar en su elaboración y seguimiento.</i></b>	
Totalmente en desacuerdo	9,3 %
En desacuerdo	25,9 %
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	16,7 %
De acuerdo	14,8 %
Totalmente de acuerdo	33,3 %



## 4/ Principales conclusiones y algunas recomendaciones

### ○ Sobre el grado de ACP dispensado y las áreas de mejora identificadas

Los resultados obtenidos, según la opinión de los directores/as y profesionales de atención directa, indican un grado intermedio (ni alto ni bajo) de atención centrada en la persona en las residencias evaluadas, existiendo en la actualidad un amplio margen para la mejora. Los directores/as, en este sentido, muestran una opinión más exigente que los profesionales de atención directa.

Destacan claramente dos áreas de mejora: tener un mayor conocimiento de cada persona usuaria y permitir a éstas una mayor libertad para elegir y tomar decisiones sobre la vida y atención cotidiana (autonomía personal). Es decir, en primer lugar se precisa conocer mejor a cada residente como persona, como ser único dueño de una historia y proyecto singular, conociendo no solo sus enfermedades y necesidades de cuidado sino también acercándose a su biografía o historia de vida, a sus gustos, preferencias y capacidades. En segundo lugar, para avanzar hacia las propuestas de la ACP los centros deben ser más flexibles y permitir que las personas usuarias puedan tomar más decisiones y tener más opciones para realizar elecciones en cuanto a su atención y vida cotidiana.

*Para seguir avanzando, sería recomendable:*

- 👉 Revisar los sistemas de valoración de las personas dando mayor importancia en el plan personalizado de atención al conocimiento de aspectos cualitativos y subjetivos de la persona (su biografía o historia de vida, sus preferencias/rechazos, sus fortalezas, etc.).
- 👉 Revisar la organización del centro y especialmente la actividad cotidiana, analizando sobre qué aspectos se puede aumentar la flexibilidad y las opciones de elección en las personas usuarias.



## ● Sobre el equipo técnico interdisciplinar y su papel en la ACP

La mayoría de los/as directores/as consultados opina que los equipos técnicos es un elemento imprescindible en los centros para aplicar modelos ACP. Se considera, en general, que su actual composición y dedicación horaria son adecuadas. Aunque su formación para ello se considera aceptable, debería ser perfeccionada. No existe una opinión uniforme sobre si el equipo deba o no ser exclusivo para el propio centro.

*Para seguir avanzando, sería recomendable:*

- 👉 Formar a los equipos técnicos en la aplicación de los modelos ACP y en especial en cuanto a sus nuevos roles como consultores y empoderadores de los gerocultores/as y personas usuarias.

## ● Sobre los gerocultores/as y su papel en la ACP

La formación de los gerocultores en modelos ACP aparece, según la opinión de los directores/as de las residencias, como un aspecto que requiere claramente ser mejorado. Además, en parte los centros se apunta la necesidad de incrementar su ratio asistencial al no considera la actual suficiente para poder ofrecer una atención centrada en las personas. También destaca la necesidad de avanzar hacia una mayor polivalencia de este grupo profesional. Por otra parte, solo en la mitad de las residencias que participaron en este estudio se mantiene un sistema organizativo de permanencia estable de los gerocultores/as con las personas usuarias, con la dificultad que ello conlleva para conocer a las personas y poder ofrecer una atención realmente personalizada de quienes allí viven y son atendidas, especialmente en los centros grandes.

*Para seguir avanzando, sería recomendable:*

- 👉 Fortalecer y apostar por una categoría profesional de atención directa continuada, suficiente y bien formada (gerocultor/a o similar) que sea polivalente y desarrolle cometidos de atención integral y personalizada para que las personas mayores tengan apoyos en la realización de su actividad cotidiana y no solo en cometidos relacionados con cuidados básicos (aseo, higiene, vestido, alimentación...).
- 👉 Reducir y si es posible, eliminar, los sistemas de rotación de los/as gerocultores/as en los centros residenciales optando por asignaciones





estables, de modo que puedan conocer y tratar de un modo personalizado diariamente a las personas mayores que cuidan y apoyan.

### ● **Sobre la figura del profesional de referencia y sus cometidos desde la ACP**

Los resultados obtenidos muestran la diferente conceptualización existente en los centros sobre la figura del profesional de referencia, y en consecuencia, la diversidad de los cometidos desempeñados. En muchos centros esta figura se utiliza para completar la realización de las clásicas tareas asistenciales sin estar suficientemente consolidados los cometidos relevantes de esta figura en relación a la ACP como son generar confianza, conocer bien a la persona, observar sus necesidades, gustos, bienestar y capacidades o facilitar una comunicación fluida con la familia.

*Para seguir avanzando, sería recomendable:*

- 👉 Definir los cometidos del profesional de referencia desde los postulados y objetivos que el enfoque ACP le otorga en la atención y apoyo a las personas usuarias.
- 👉 Incluir esta metodología en los centros formando y apoyando a los gerocultores/as para que realicen una tarea realmente personalizada de acompañamiento y apoyo con varias de las personas usuarias.
- 👉 Desarrollar nuevos modos de trabajo donde los profesionales de referencia se coordinen con el resto de profesionales y cuenten con el apoyo continuado de los técnicos del equipo interdisciplinar.

### ● **Sobre el modelo residencial.** La gran mayoría de las residencias evaluadas mantienen un sistema organizativo residencial tradicional, lejano a los planteamientos del modelo *housing*.

*Para seguir avanzando, sería recomendable:*

- 👉 Apostar por el cambio organizativo de las residencias tradicionales institucionales reconvirtiéndolas en unidades de convivencia modelo *housing*. Aplicar el modelo *housing* contemplando sus diferentes características evitando quedarse exclusivamente en cambios ambientales y medidas de mejora del espacio físico.

## ● Sobre la participación de las personas usuarias y sus familias en los planes personalizados de atención

La participación de las personas usuarias y de las familias en los planes personalizados de atención aparece también en este estudio como otro aspecto objeto de mejora. Los planes se realizan por los profesionales sin contar suficientemente con las personas mayores o sus familias. La participación formal en los PPA no parece ser una metodología todavía consolidada en las residencias. Solo una tercera parte de los centros afirma estar totalmente de acuerdo con que esta opción es posible en su centro.

*Para seguir avanzando, sería recomendable:*

- 👉 Permitir y apoyar distintos modos de participación, informal y formal, de las personas usuarias y de las familias en los planes personalizados de atención.
- 👉 Formar a los equipos técnicos y gerocultores/as en nuevas metodologías orientadas desde la Planificación Centrada en la Persona (PCP) que permitan nuevos formatos de reuniones donde las personas y sus familias puedan tener una real implicación en la atención, sintiéndose partícipes, cómodas y apoyadas.



## 5/ Limitaciones de los datos presentados

A la hora de interpretar los resultados obtenidos y las principales conclusiones, es preciso mencionar las principales limitaciones del estudio.

- ➔ Los datos obtenidos mediante las pruebas de evaluación de la ACP en los centros (P-CAT y PDC) provienen de las opiniones de los profesionales que atienden a las personas usuarias. Además, la mayor parte de los datos ofrecidos en relación a distintas cuestiones de los centros proceden de la opinión de los directores. Ello conlleva un sesgo de subjetividad, de modo que para llegar a una aproximación más detallada de la situación de la ACP en los centros, esta evaluación debería ser completada con otras complementarias (opinión de las personas usuarias, familias, observación de la interacción cotidiana y registro de indicadores objetivos).
- ➔ La muestra utilizada, aunque amplia y representativa del sector, no es una muestra aleatoria. Además, la participación en el estudio implicaba una buena colaboración por parte de los centros, con lo que es posible que las residencias más reacias o alejadas de la ACP, tanto en el ámbito público como privado, no hayan estado representados en el mismo y, en este sentido, las puntuaciones sobre el grado en que los centros prestan una atención centrada en las personas pueden sobreestimar la situación real del sector.
- ➔ Los datos ofrecidos son meramente descriptivos. Permiten ofrecer una mirada aproximativa y exploratoria de la realidad hallada sin que sea posible deducir asociaciones entre las variables estudiadas.



## 6/ Referencias

- Bergman-Evans B. (2004). Beyond the basics: effects of the Eden Alternative model on quality of life issues. *J Gerontol Nurs*. 30, 27–34.
- Bermejo, L., Martínez, T., Díaz, B., Maños, Q., y Sánchez, C. (2009a). *Buenas Prácticas en residencias de personas mayores*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.
- Te Boekhorst, S., Willemse, B., Depla, M., Eefsting, J., & Pot, A. (2008). Working in group living homes for older people with dementia: the effects on job satisfaction and burnout and the role of
- Bowers, B.J. (2003.) Turnover Reinterpreted: CNAs talk about why they leave. *Journal of Gerontological Nursing*, 3, 36-44.
- Bowers, B.J., Esmond, S., & Jacobson, N. (2000). The relationship between staffing and quality in Long-term care facilities. *J Nurs Care Qualit*; 14, 55-64.
- Bowers, B.J., Nolet, K., Roberts, T., & Esmond, S. (2007). *Implementing Change in Long-term Care. A practical guide to transformation*. Available in: <http://www.nhqualitycampaign.org>
- Bowman, C.S., & Schoeneman, C. (2006). *The development of the Artifacts of Culture Change Tool*. Available in: [http://www. www.artifactsofculturechange.org](http://www.artifactsofculturechange.org)
- Cambridge, P., & Carnaby, S. (2005). Considerations for Making PCP and Care Management Work. In P. Cambridge (Ed.) *PCP and Care Management with People with Learning Difficulties*, (pp- 218-231). London: Jessica Kingsley.
- Caudill, M.E., & Patrick, M. (1991-1992). Turnover among nursing assistants: why they leave and why they stay. *J Long-Term Care Administration*, 19 (4), 29-32.
- Chang, Y.P., Li, J., & Porock, D. (2013). The effect on nursing home resident outcomes of creating a Household within a traditional structure. *Journal of American Medical Directors Association (JAMDA)*, 14, 293-299.
- Chenoweth, L., Forbes, I., Fleming, R., King, M.T., Stein-Parbury, J., Luscombe, G., Kenny, P., Jeon, Y.H., Hass, M., & Broday, H. (2014). PerCEN: a cluster randomized controlled trial of person-centered residential care and environment for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 26 (7), 1147-1160.
- Cobban, N. (2004). Improving domiciliary care for people with dementia and their carers: the raising the standard project'. In A. Innes, C. Archibald & C. Murphy (eds) *Dementia and Social Inclusion*. London: Jessica Kingsley
- Coleman M.T., Looney, S., O'Brien, J., Ziegler, C., Pastorino, C.A., & Turner, C. (2002). The Eden Alternative: findings after 1 year of implementation. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 57, M422–M427.
- Collier, E., & Harrington, C. (2008). Staffing characteristics, turnover rates, and quality of resident care in nursing facilities. *Res Gerontol Nurs*, 1, 157–170.



- Díaz-Veiga, P., Sancho, M., García, A., Rivas, E., Abad, E., Suárez, N., Mondragón, G., Buiza, C., Orbegozo, A., y Yanguas J. (2014) Efectos del modelo de atención centrada en la persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 49, 266-271.
- Díaz-Veiga, P., y Sancho, M. (2013) Residencias, crisis y preferencias de las personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 48(39), 101-102.
- Eaton, S. (2000). Beyond unloving care: Linking human resource management and patient care quality in nursing homes. *International Journal of Human Resource Management*, 3, 591-161.
- Eaton, S.C. (2001). Appropriateness of Minimen Nurse Staffing ratios in nursing homes. Phase II, Final Report. Available at <http://theconsumervoice.org/uploads/files/issues/CMS-Staffing-Study-Phase-II.pdf>
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., & Gibson, S. (2010). Development and initial resting of the person-centered care assessment tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*, 22, 101-108.
- Farrell, D., & Dawson, S. (2007). *The business case for investing in staff retention: Can you afford not to?* FutureAge.
- Farrell, D., Frank, B., Brady, C., McLaughlin, M., & Gray, A. (2006). The case for consistent assignment in the nursing home setting. *Medicine and Health in Rhode Island*, 89, 187–188.
- Glynn, M., & Beresford, P. with Bewley, C., Branfield, F., Butt, J., Croft, S., Pitt, K.D., Fleming, J., Flynn, R., Patmore, C., Postle, K., & Turner, M. (2008). *Person-centred support: what service users and practitioners say*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Innes, A., Macpherson, S. & McCabe, L. (2006). *Promoting person-centred care at the frontline*: York: Joseph Rowntree Foundation.
- Kane, R.A., Lum, T.Y., Cutler, L.J., Degenholtz, H.B., & Yu, T.C. (2007). Resident outcomes in small-house nursing homes: A longitudinal evaluation of the initial green house program. *Journal of American Geriatrics Society*, 55, 832–839.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Maidenhead-Berkshire: Open University Press.
- Martínez, T. (2010). Urge cambiar el modelo residencial. *N3wes Tercera Edad*, 10.
- Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona*. Álava: Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco.
- Martínez, T. (2013). La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos. *Actas de la Dependencia*, 8, 25-47.
- Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Sancho, M, y Rodríguez, P. (2014) *Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos prácticos*. Álava: Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco.



- Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., Yanguas, J., & Muñiz, J. (2015). Spanish validation of the Person-Centered Assessment Care Tool (P-CAT). *Aging and Mental Health*, 26, 1-9.
- Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., Yanguas, J., & Muñiz, J. (in press). The Person Centered approach in Gerontology: New validity evidence of the Staff Assessment Person-directed Care Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- McCormack, B. (2004). Person-centeredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 13, 31–38.
- Morgan, S., & Yoder, L. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Nursing*, 30 (1), 6-15.
- Nay, R., Bird, M., Edvardsson, D., Fleming, R., & Hill, K. (2009). Person-centred care. In R. Nay & S. Garrat, (eds), *Issues and innovations in care* (pp.107-119). Elsevier Australia, NSW.
- Nolan, M., Brown J., Davies, S., Nolan, J., & Keady, J. (2006). *The senses framework: improving care for older people through a relationship-centred approach*. Getting Research into Practice Report no 2, Project Report, Sheffield: University of Sheffield.
- Palese, A., Granzotto, D., Broll, M. G., & Carlesso, N. (2010). From health organization-centred standardization work process to a personhood-centred care process in an Italian nursing home: effectiveness on bowel elimination model. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 179–187.
- Patchner, M.A. (1989). Permanent assignment. *Successful Nurse Aide Management in Nursing Homes*. Phoenix, AZ; Oryx Press, 66-75.
- Patmore, C., & McNulty, A. (2005). *Making home care older people more flexible and person-centred*. York: Social Policy Research Unit. University of York.
- Prieto, D. (2014). *La experiencia de los profesionales en el Modelo de Atención Centrada en la Persona*. San Sebastián: Instituto Gerontológico Matía.
- Robinson, S.B., & Roshe, R.B. (2006). Tangling with the barriers to culture change: creating a resident-centered nursing home environment. *J Gerontol Nurs*, 32 (10), 19–27.
- Rodríguez, P. (2012). Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir. *Actas de la Dependencia*, 3, 6-40.
- Rosvik, J., Engedal, K., & Kirkevold, O. (2014). Factors to Make the VIPS Practice Model More Effective in the Treatment of Neuropsychiatric Symptoms in Nursing Home Residents with Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 37, 335–346.
- Sancho, M., y Yanguas, J. (2014). Evidencias sobre el bienestar cuando se realizan actividades plenas de sentido para las personas. La influencia de los entornos significativos. En P. Rodríguez (Eds.), *El modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica*. Madrid: Tecnos.
- Sanderson, S., & Lewis, J. (2012). *A practical guide to delivering personalisation: person-centred practice in health and social care*. London: Jessica Kingsley.



- Sheard, D. (2004). Person-centred care: the emperor's new clothes? *Journal of Dementia Care*, 12, 2, 22–24.
- Stadnyk R.B., Lauckner, H., & Clarke, B. (2011). Improving quality of care in nursing homes: What works? *CMAJ*, 183(11), 1238-1239.
- Te Boekhorst, S., Depla, M.F., De Lange, J., Pot, A.M., & Efesting, J.A. (2009). The effects of a group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care. *International Psychiatrics*, 24 (9), 970-978.
- Van den Pol-Grevelink, A., Jukema, J.S., & Smits, C.H.M.(2012). Person-centred care and job satisfaction of caregivers in nursing homes: a systematic review of the impact of different forms of person-centred care on various dimensions of job satisfaction. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 219- 229.
- Van Haitsma, K., Crespy, S., Humes, S., Elliot, E., Mihelic, A., Curyto K., Spector, A., Esharaghi, K., Duntzee, C., Reamy, A., & Abbot, K. (2014). New Toolkit to Measure Quality of Persona-Centered Care: Development and Pilot Evaluation with Nursing Home Communities. *Journal of The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine (JAMDA)*, 15, 671-680.
- Verbeek, H., Zwakhalen, S.M., van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G.I., & Hamers, J.P. (2010). Small-scale, homelike facilities versus regular psychogeriatric nursing home wards: a cross-sectional study into residents' characteristics. *BMC Health Serv Res*, 29, 10, 30.
- White, D.L., Newton-Curtis, I., & Lyons, K.S. (2008).Development and initial testing of a measure of person-directed care. *The Gerontological Society of America*, 48(1), 114–123.
- Willemse, B.M., Smith, D., de Lange, J., & Pot, A.M. (2011) Nursing home care for people with dementia and residents' quality of life, quality of care and staff well-being: Design of the Living Arrangements for people with Dementia (LAD) – study. *BMC Geriatrics*, 11. DOI: 10.1186/1471-2318-11-11 PMID: PMC3071318
- Winbolt M., Nay, R., & Fetherstonhaugh, D. (2009). Taking a TEAM (translating evidence into aged care methods) approach to practice change. In R. Nay & S. Garrat (eds), *Issues and innovations in care* (pp.442-459). Elsevier Australia, Chatswood, NSW.



## 7/ Agradecimientos

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

### **CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL Y VIVIENDA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS**

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

### **AYUNTAMIENTO DE MADRID**

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

### **CONSEJERÍA DE TRABAJO Y BIENESTAR DE LA XUNTA DE GALICIA**

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

### **INSTITUTO INSULAR DE ATENCIÓN SOCIAL Y SOCIO SANITARIA DEL CABILDO**

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

### **INSTITUTO MALLORQUÍN DE ASUNTOS SOCIALES**

Residencia Felanitx (Palma-Mallorca).

### **GERENCIA DE SERVICIOS SOCIALES. JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN**

Residencia y Unidades de Convivencia Los Royales (Soria).

### **INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL. DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA**

Residencia de Oion (Oion).

### **CONSORCI D'ACCIÓ SOCIAL DE CATALUNYA**

Residencia Sant Hilari (Girona).

### **LARES FEDERACION**

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

### **AMADE FEDERACIÓN**

Residencias: Los Llanos-Vitalger (Alpedrete-Madrid) y La Casona (Tielmes-Madrid).





## **FUNDACIÓN MATÍA**

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

## **FUNDACIÓN VALLPARADÍS**

Residencia Poble Nou (Barcelona).

## **GRUPO NOVAIRE**

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

## **GRUPO EULEN-SOCIOSANTARIO CATALUNYA**

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

## **GRUPO INTRESS**

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

## **GRUPO L'ONADA**

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

## **GRUPO IDEA**

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

## **OTROS CENTROS PRIVADOS**

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

