



Serie Documentos

acp gerontol ogía

Nº 7. El modelo ACP-gerontología. Aplicar y evaluar atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos

**Teresa Martínez Rodríguez
2019**

Índice

1/	Introducción.....	3
2/	El modelo ACP-gerontología.....	5
	2.1 ¿Por qué este modelo?.....	5
	2.2 Su estructura: dimensiones, componentes y acciones clave....	6
	2.3 Sus principales utilidades.....	8
	2.4 Cómo ha sido elaborado.....	8
	2.4 Sus límites.....	9
3/	Componentes, acciones clave y descriptores de buena praxis.....	10
	3.1 Dimensión 1: Prácticas centradas en la persona.....	10
	3.2 Dimensión 2: Entorno facilitador.....	22
4/	La batería de instrumentos ACP-G para evaluar atención centrada en la persona en centros residenciales de persona mayores.....	32
5/	Referencias.....	36
6/	Agradecimientos.....	37

1/ Introducción

Sobre la serie Documentos Acpperontología

La serie *Documentos Acpperontología* 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 7 de la serie *Documentos Acpperontología* presenta y describe el modelo ACP-gerontología, una propuesta de elaboración propia que ha sido construida a lo largo de seis años, para hacer operativa la atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos.

Propone un marco operativo estructurado en dos dimensiones que a su vez integran 10 componentes y 50 acciones clave.

La intención de este modelo no es limitar, ni mucho menos encorsetar lo que es y supone la aplicación de enfoque ACP en un servicio. Las 50 acciones clave, vinculadas a los distintos componentes, ofrecen un marco orientativo que pretende identificar actuaciones significativas (pero no únicas), con el objeto de guiar a los responsables y equipos profesionales que pretenda avanzar hacia centros orientados a las personas desde rutas de posibles. Pretende guiar planificaciones temporalizadas que no pierdan de vista la necesaria globalidad de las intervenciones, abarcando los distintos niveles que un cambio de este calado precisa (actitudinales, relacionales, ambiente, prácticas profesionales y organizacionales) y evitar que éstas queden en buenas prácticas aisladas o en modificaciones parciales de escasa duración e impacto.

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

Para citar este documento:

Martínez, T. (2019). El modelo ACP-gerontología. *Una propuesta para aplicar y evaluar la atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos*. Serie Documentos Acpgerontología, nº 7. Disponible en www.acpgerontologia.com



2/ El modelo ACP-gerontología

2.1 ¿Por qué este modelo?

La aplicación efectiva (y no solo declarativa) del enfoque ACP en los diferentes servicios gerontológicos requiere de modelos operativos que orienten y concreten las principales acciones a desarrollar en distintos niveles: actitudinales, asistenciales, metodológicos y organizacionales y que, además, éstas puedan ser evaluadas. Solo así podremos avanzar con rigor en la aplicación real de este enfoque y no quedarnos en un plano meramente declarativo.

Unos de los riesgos en la aplicación de un modelo de atención que pretenda hacer efectivo el enfoque ACP es perder de vista la multidimensionalidad de este constructo. Quedarse en intervenciones o propuestas aisladas (modificaciones ambientales, medidas aisladas, terapias innovadoras). Medidas que aunque sean afines a la ACP, si se aplican sin contemplar la globalidad de las organizaciones, conllevan el peligro de no llegar al fondo de la cuestión.

Por ello, orientar los planes de mejora desde modelos que definan los principales componentes de la ACP, es decir las principales áreas vinculadas a la acción profesional y organizacional, sobre las que habrá que generar reflexión y cambios, resulta esencial.

Además, que estos componentes señalen actuaciones concretas que puedan ser evaluadas en cuanto a su proceso y resultados es una condición importante para llevar adelante procesos de transformación y mejora de los servicios rigurosos y que éstos puedan ser documentados.

Éste es el propósito de crear y compartir el modelo ACP-Gerontología. Un modelo que he elaborado a lo largo de estos últimos seis años y que recoge el trabajo de estudios, modelos e instrumentos previos así como las aportaciones de centros, profesionales, personas mayores y familias.

En este documento se presentan los 10 componentes que integran el modelo ACP-GERONTOLOGIA y un total de 50 intervenciones clave para aplicar un modelo de atención centrada en la persona en un centro gerontológico que presta cuidados de larga duración.

2.2 Su estructura

El modelo ACP-Gerontología se estructura en dos grandes dimensiones, diez componentes y un total de 50 acciones clave.

- ➔ **La primera dimensión denominada Prácticas centradas en la persona**, se refiere tanto al conjunto de actuaciones profesionales organizadas como las diversas interacciones que quienes cuidan y acompañan a las personas mayores mantienen con ellos a en la atención y convivencia cotidiana.

Incluye los primeros cinco componentes del modelo: Conocimiento de la persona, Autonomía, Comunicación, Individualización/Bienestar e Intimidad.

- ➔ **La segunda dimensión, Entorno facilitador**, hace referencia a los distintos elementos del entorno que facilitan la aplicación efectiva de una atención centrada en la persona. Incluye los otros cinco componentes del modelo: Actividad cotidiana, Espacio físico, Familia y amistades, Comunidad y Organización.

En la tabla nº1 se muestran las distintas acciones clave que se proponen para cada uno de estos 10 componentes. En el apartado 3 de este documento se recogen los descriptores de buena praxis, los cuales han entenderse como criterios para desarrollar y guiar desde el marco de la ACP cada una de estas 50 acciones clave.

COMPONENTES MODELO ACP-G	Acciones clave
1. Conocimiento de la persona	<ol style="list-style-type: none">1. Conocimiento de la persona antes del ingreso en el servicio2. Valoración integral desde el conocimiento de la globalidad de la persona y elaboración de la historia de vida3. Reconocimiento del valor de cada persona
2. Autonomía	<ol style="list-style-type: none">4. Información, conocimiento y consentimiento antes de incorporarse al servicio5. Participación en el plan de atención6. Elecciones en los cuidados personales7. Elección en la comida8. Elección y libre participación en actividades9. Libertad para caminar y moverse10. Apoyo a preferencias que implican riesgos11. Planificación anticipada de decisiones

3. Comunicación	<p>12. Trato respetuoso y comunicación positiva</p> <p>13. Trato cálido en los cuidados personales</p> <p>14. Comunicación empoderadora</p> <p>15. Empatía y comprensión de la perspectiva de la persona con demencia o enfermedad mental</p> <p>16. Estímulo a la producción de narraciones personales</p>
4. Individualización y Bienestar	<p>17. Atención personalizada en la llegada y adaptación al servicio</p> <p>18. Respeto a las preferencias en los cuidados personales y en la vida cotidiana</p> <p>19. Cuidado de la imagen personal</p> <p>20. Contenciones físicas</p> <p>21. Contenciones farmacológicas</p> <p>22. Flexibilidad y no demora en ir al baño y atención a la incontinencia</p> <p>23. Atención integral en el final de la vida</p>
5. Intimidad	<p>24. Protección de la privacidad en los cuidados corporales</p> <p>25. Privacidad en las habitaciones</p> <p>26. Confidencialidad de la información personal</p> <p>27. Respeto a las relaciones afectivas y expresiones sexuales</p> <p>28. Protección de la privacidad y la confidencialidad en las relaciones sociales</p>
6. Actividad cotidiana	<p>29. Actividades personalizadas y significativas</p> <p>30. Actividades adecuadas para las personas con demencia</p> <p>31. Fomento de la independencia en las actividades cotidianas</p>
7. Espacio físico	<p>32. Ambiente hogareño “no institucional”</p> <p>33. Entorno significativo y estimulador de la actividad</p> <p>34. Confort y estimulación sensorial</p> <p>35. Habitaciones, lugares de vida propios y personalizados</p> <p>36. Pertenencias y objetos significativos</p> <p>37. Entorno accesible, seguro y nuevas tecnologías</p> <p>38. Ambiente agradable en el comedor</p>
8. Familia y amistades	<p>39. Relación y colaboración con familias</p> <p>40. Contacto con amistades</p> <p>41. Visitas</p>
9. Comunidad	<p>42. Cercanía a la comunidad</p> <p>43. Voluntariado</p> <p>44. Encuentro intergeneracional</p>
10. Organización	<p>45. Valores, normas y cultura ACP</p> <p>46. Profesionales y equipos de trabajo</p> <p>47. Asignación estable de los/as gerocultores/as</p> <p>48. Profesional de referencia</p> <p>49. Formación, apoyo y puesta en valor de los/as profesionales</p> <p>50. Evaluación y participación</p>

Tabla nº 1. Componentes y acciones clave del modelo ACP-Gerontología

2.3 Sus principales utilidades

El modelo ACP-Gerontología permite planificar procesos de mejora de la calidad de la atención en servicios gerontológicos reconociendo la ACP como un eje estratégico (no el único) para la mejora de la calidad de los mismos.

Concretamente este modelo, al hacer operativo en enfoque ACP en los centros y servicios gerontológicos, desde una mirada global y multidimensional, tiene especial interés para distintas cuestiones u objetivos:

- 1) Guiar los planes de mejora de los centros y servicios desde la óptica de la ACP, permitiendo programaciones posibles y progresivas desde una visión global que evite quedarse en actuaciones parciales, aisladas o anecdóticas.
- 2) Orientar los planes de formación continua a los servicios que quieran avanzar desde el marco de una atención centrada en las persona.
- 3) Guiar procesos de reflexión y ordenar las revisiones participativas de los equipos.
- 4) Evaluar el progreso de los servicios en el avance hacia la ACP.

2.4 Cómo ha sido elaborado

En primer lugar se llevó a cabo una revisión del conocimiento existente en relación a la definición del constructo ACP en servicios gerontológicos y de salud. Se consultaron distintos tipos de documentos: guías de intervención para la mejora de servicios desde el marco de la ACP, instrumentos de evaluación de servicios desde la ACP, así como trabajos en donde profesionales y personas mayores habían definido elementos importantes en la calidad de la atención y en relación al buen trato.

Tras esta amplia revisión se realizó una propuesta inicial en el que se define la ACP en dos grandes dimensiones, en la línea de otros autores (White et al, 2010), y un total de 10 componentes.

Esta estructura y la definición inicial de sus componentes fue valorada por un grupo de 23 expertos y expertas (en gerontología y atención centrada en la persona) de ámbito nacional a quienes se les pidió calificar el grado de pertenencia de los 10 componentes así como que hicieran aportaciones a la propuesta inicial. De este modo, la estructura del modelo fue validada por este grupo de expertos quien avaló la pertinencia de los diez componentes definidos.

Por su parte, las 50 intervenciones clave que desarrollan el modelo ofrecen un mapa de las acciones y criterios de actuación más significativos. Estas acciones clave, así como sus descriptores de buena praxis, fueron objetivo también de validación por diferentes grupos de profesionales a quienes se preguntó: a) la pertinencia de cada acción clave en relación al componente b) la claridad y coherencia de los descriptores.

Tres grupos diferentes compuestos por responsables de servicios y profesionales, con formación en ACP y con trabajo de atención directa en residencias y centros de día de personas mayores, participaron en las distintas validaciones.

2.5 Sus límites

Este modelo operativo, obviamente, no agota todas las actuaciones afines a un enfoque de atención centrada en la persona. Recoge aquellas que se han identificado de mayor relevancia vinculadas a los 10 componentes que definen el constructo. En ningún caso se pretende acotar ni convertir en un mero chek-list este enfoque de atención.

3/ Componentes, acciones clave y descriptores de buena praxis

Como se ha señalado, los diez componentes que integran este modelo se desarrollan en un total de 50 acciones clave. Como también se ha dicho son acciones que han sido consideradas de alta relevancia para aplicar una atención centrada en la persona en un centro gerontológico que presta cuidados de larga duración.

Cabe advertir que el término “acción clave” se entiende desde una acepción amplia, incluyendo de hecho distintos elementos de la actuación profesional. Incluyen, por tanto criterios orientadores de la buena praxis profesional (actitudinales, de interacción, de actuación técnica), como elementos metodológicos y organizacionales.

3.1 Dimensión 1: Prácticas centradas en la persona

Una primera dimensión que incorpora 5 componentes básicos, vinculados tanto a las acciones profesionales organizadas como a las interacciones informales tan importantes en el cuidado y vida cotidiana.

En cada componente se destacan los criterios básicos desde los que hemos de situarnos para avanzar en el desarrollo del mismo desde el marco de la ACP.

COMPONENTE I. CONOCIMIENTO DE LA PERSONA

Definición

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

Criterios para desarrollar este componente

- ◆ Conocer a cada persona desde su continuidad biográfica
- ◆ Reconocer el valor de toda persona

ACCIONES CLAVE Y DESCRIPTORES DE BUENA PRAXIS

1. Conocimiento de cada persona antes del ingreso

Descriptores bp

- Antes de que la persona se incorpore al centro se obtiene la información necesaria que asegure una correcta atención inicial.
- Además de datos generales, de salud y contacto también se recoge información que permita apoyar su adaptación inicial: sus preferencias e intereses, sus rutinas agradables así como las cosas que le provocan rechazo.



2. Valoración integral partiendo del conocimiento biográfico de la persona

Descriptor bp

- Una vez que la persona llega al centro o servicio se realiza una valoración integral de la persona contemplando de una forma global su situación, su entorno y sus diferentes necesidades (salud física, estado cognitivo, emocional, relaciones sociales, espiritualidad, desarrollo personal).
- Se conoce la historia de vida de la persona recogiendo los aspectos más relevantes para comprenderla, otorgarle valor y facilitar una vida significativa:
 - a) Información biográfica relevante (autorizada por la propia persona o familia)
 - b) Los asuntos que la propia persona señala como más importantes en la actualidad.
 - c) Sus fortalezas y capacidades
 - d) Sus preferencias (gustos y rechazos) en relación a cuidados personales.
 - e) Sus preferencias (gustos y rechazos) en relación a la atención cotidiana.

Además, en las personas con deterioro cognitivo, demencia o enfermedad mental grave:

- Se conocen y respetan los hábitos y rutinas que dan seguridad a la persona.
- Se busca comprender los comportamientos de las personas y encontrarles un sentido.

3. Identificación y puesta en común de lo valioso de cada persona

Descriptor bp

- Se conocen los aspectos biográficos principales de cada persona y se respeta su singularidad.
- Se conocen y valoran los logros de vida, las fortalezas y capacidades de cada persona.
- Existen fórmulas (reuniones, perfiles de capacidades) para visibilizar y compartir este acercamiento desde la puesta en valor de la persona.
- Se tiene en cuenta a las personas y se les incluye en las conversaciones. No se les habla de ellas como si no estuvieran presentes. No se les habla como si fueran niños.



COMPONENTE II. AUTONOMIA

Definición

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

Criterios para desarrollar este componente

- ◆ Apoyar a las personas para que puedan seguir tomando sus propias decisiones
- ◆ Representar a las personas con falta de competencia partiendo de sus valores y bienestar
- ◆ Facilitar las elecciones cotidianas y el desarrollo de percepción de control
- ◆ Facilitar que las personas participen en su plan de atención
- ◆ Apoyar las preferencias que implican riesgos equilibrando seguridad y bienestar

ACCIONES CLAVE Y DESCRIPTORES DE BUENA PRAXIS

4. Información, conocimiento y consentimiento antes de incorporarse al centro

Descriptor bp

- Antes de que la persona (o en su caso su familia), se incorpore al centro es informada de una forma personalizada sobre las normas de funcionamiento así como las condiciones del contrato de servicios.
- La persona y su familia tienen la oportunidad y son animados a visitar el centro para conocer sus instalaciones acompañados por un profesional que responda a todas sus dudas e inquietudes.
- Se formaliza el consentimiento informado que se entiende no solo como la firma de un documento sino como un proceso de comunicación y de apoyo a la decisión del ingreso.

5. Participación de la persona en su plan de atención

Descriptor bp

- Se informa de una forma comprensible a cada persona de lo que es un plan de atención y vida así como de las opciones que la persona tiene para participar en su plan de atención (asistencia a reuniones, formación de un grupo de apoyo, información y contacto con el profesional de referencia, etc.).
- La persona tiene opciones diferentes y apoyos para participar activamente en reuniones sobre su plan si es su deseo.
- Se utilizan metodologías basadas en la PCP para facilitar la incorporación formal de las personas en el diseño de su plan de atención, incluso en casos de deterioro cognitivo.

6. Elecciones en los cuidados personales

Descriptor bp

- Las personas eligen a qué hora se levantan y se acuestan.
- Las personas eligen la hora y frecuencia del baño.



- Las personas participan en su vestido y arreglo personal eligiendo qué ropa ponerse, cómo peinarse y arreglarse.
- Si la persona tiene una demencia avanzada se buscan pautas junto con su familia teniendo como referencia además de su estilo previo, la observación de las emociones y procurando siempre el mayor bienestar.
- Existe flexibilidad y se busca ajustarse en la medida de lo posible a los cambios y preferencias de las personas de cada día.

7. Elección en la comida

Descriptor bp

- Los menús tienen opciones que permiten adaptarse a los gustos de las personas.
- Se respetan los gustos y hábitos de alimentación de las personas. Las personas participan en la elaboración de los menús.
- Si la persona no llega al horario del comedor se ofrecen alternativas. Es posible realizar alguna comida entre horas.
- Las personas eligen dónde comer (en su habitación, en el comedor, etc.) y con quién.

8. Elección y libre participación en actividades

Descriptor bp

- Las personas están informadas y conocen las actividades que se realizan en el centro. Pueden elegir participar o no en las mismas. Se informa de los beneficios de la actividad pero se respeta su voluntad de no acudir a la misma.
- Si la persona tiene una demencia avanzada se buscan actividades, en colaboración con su familia, teniendo como base el conocimiento de su modo de vida previo junto con la observación actual de sus capacidades, sus emociones y procurando siempre su mayor bienestar.

9. Libertad para caminar y moverse por el centro

Descriptor bp

- Las personas en general pueden acceder libremente a las distintas zonas del centro. Las zonas en las que por privacidad o riesgo no está permitido el acceso se encuentran claramente señalizadas.
- Las personas con deterioro cognitivo avanzado disponen de espacios seguros donde pasear y moverse libremente.
- Las personas que tienen riesgo de caída disponen de apoyos para aumentar su seguridad en los desplazamientos.
- Existen protocolos de buena praxis para la prevención de la desorientación y localización de personas que se han perdido
- Existen protocolos de buena praxis para la prevención y actuación ante caídas.



10. Apoyo a las preferencias que implican riesgos

Descriptor bp

- Se valoran e intentan apoyar las preferencias que implican ciertos riesgos. La restricción no es la primera ni la única respuesta. Se buscan siempre alternativas personalizadas.
- Existe un documento de buena praxis que orienta el proceso a seguir para apoyar las preferencias que implican riesgos y se sigue cuando estas situaciones se producen.

Cuando la persona tiene competencia suficiente para asumir decisiones que implican riesgos:

- Se le informa de los beneficios esperados de seguir estas indicaciones como de los riesgos que asumen en caso de no aceptarlas.
- Se buscan opciones intermedias, se procura llegar a acuerdos sobre alternativas consensuadas.
- Una vez que ha sido debidamente informada, tiene la opción de renunciar a seguir las indicaciones técnicas y tratamientos, siempre que su decisión no provoque perjuicio a terceros, asumiendo y firmando expresamente su decisión.

Cuando la persona no tiene competencia suficiente para asumir decisiones que implican riesgos:

- Se aborda el caso con la familia buscando el mayor bienestar de la persona en el marco de un proceso de decisiones compartidas.
- Se analiza el caso siempre de forma individualizada, sopesando tanto los riesgos como los beneficios de las distintas alternativas, es decir tanto de las opciones que apoyan preferencias como las que las restringen.
- Cuando no es posible apoyar ciertas preferencias, se informa a la persona de los motivos y se buscan modos de paliar el malestar que ello pueda provocar.

11. Planificación anticipada de decisiones

Descriptor bp

- Las personas tienen la oportunidad de expresar sus deseos y voluntades anticipadamente en relación a situaciones de hipotética incapacidad de tomar decisiones (por fin de vida, deterioro cognitivo). Se informa a las personas de los modos posibles de hacerlo.
- Cuando existen voluntades o directrices anticipadas se conocen y llegado el caso se respetan.
- Las decisiones de fin de vida se toman desde procesos de toma de decisiones compartidas entre el representante legal, familia y profesionales.



COMPONENTE III. COMUNICACIÓN

Definición

Grado en que los/as profesionales se relacionan con las personas mayores de una forma respetuosa y potenciadora, logran comunicarse con ellas comprendiendo y teniendo en cuenta la perspectiva de éstas incluso cuando tienen un importante deterioro cognitivo.

Criterios para desarrollar este componente

- Relacionarse desde una aproximación comprensiva.
- Buscar la potenciación y empoderamiento de la persona en las interacciones.
- Facilitar y apoyar las narraciones y con ello la identidad narrativa.
- Crear que es posible comunicarse con las personas que tienen un deterioro cognitivo avanzado.

ACCIONES CLAVE Y DESCRIPTORES DE BUENA PRAXIS

12. Trato respetuoso y comunicación positiva con las personas

Descriptores bp

- Se respeta y valora a cada persona con independencia de sus características y estado, aceptando las diferencias individuales y entendiendo la diversidad como un valor.
- Las relaciones se establecen desde la escucha y la empatía. Se es consciente de la necesidad de una atención flexible y dentro de lo posible se aplica.
- Se da a las personas mayores un trato adulto, incluso cuando estas tienen un deterioro cognitivo muy avanzado.

13. Trato cálido en los cuidados personales

Descriptores bp

- Se procura un trato amable, cercano y respetuoso con las personas cuando se levantan, en el aseo y el baño, en sus actividades de arreglo personal, a la hora de la comida y en los desplazamientos.
- Se aprovechan estos momentos mientras se ayuda a la persona para conversar y mostrar interés por ella. No se ignora a la persona cuando se la atiende, atendiéndola sin hablarle incluso cuando tiene un deterioro cognitivo avanzado.
- Se respetan sus ritmos. Se evita mostrar prisa y la brusquedad.
- Se tiene un cuidado especial con quienes expresan sentimientos de pudor y se buscan modo de atender que los minimicen (uso de toallas para que se tapen por zonas, etc.)
- Ante episodios de incontinencia se procura evitar que la persona se sienta incómoda, reprendida o avergonzada.



14. Comunicación empoderadora

Descriptor bp

- Los profesionales no deciden por su cuenta qué hacer o cómo han de ser las cosas. Lo hacen pensando y teniendo en cuenta a las personas.
- Las personas deciden sobre su día a día prestando los apoyos necesarios cuando sean precisos. Cuando las personas tienen grave afectación se tiene en cuenta sus valores previos y su biografía a través de la información aportada por su familia. Se parte de las capacidades y se buscan oportunidades para que estas emerjan y se visualicen.
- Se identifican y evitan los estilos de comunicación detractora (forzar, interrumpir, ordenar, desautorizar, forzar, ridiculizar, reñir, amenazar, etc.).

15. Empatía y comprensión de la perspectiva de la persona con demencia o enfermedad mental

Descriptor bp

- La comunicación (verbal y no verbal) se adapta para lograr cercanía, facilitar la orientación y comprensión de las personas sobre lo que en ese momento sucede a su alrededor.
- Se hace el esfuerzo de ponerse en la piel de las personas con demencia, buscar la “lógica” de sus conductas especiales y comprender sus emociones buscando posibles necesidades no cubiertas por el entorno de cuidados.
- Se aplican técnicas de validación cuando las personas presentan comportamientos o expresiones emocionales difíciles (por ejemplo, cuando una persona con demencia quiere ir a la calle porque dice que tiene que ir a buscar a su hija o a su madre...).

16. Estímulo a las narraciones de las personas

Descriptor bp

- Los/as profesionales y responsables comprenden la importancia de conversar con la personas y estimular la producción de narraciones autobiográficas.
- En el día a día hay tiempo para poder conversar y estimular el relato de las personas sobre sus vivencias pasadas, presente y futuro.
- Los profesionales están formados para estimular las narraciones y utilizan técnicas para facilitarlas con las personas con demencia.



COMPONENTE IV. INDIVIDUALIZACIÓN Y BIENESTAR

Definición

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

Criterios para desarrollar este componente

- ◆ Diseñar protocolos y atenciones flexibles
- ◆ Buscar el bienestar físico, social y emocional

ACCIONES CLAVE Y DESCRIPTORES DE BUENA PRAXIS

17. Atención personalizada en la llegada y adaptación al centro

Descriptores bp

- Se programa la llegada de centro para poder decidir atender a cada persona adecuadamente y sin prisas.
- Se permiten las incorporaciones graduales (por horas o días).
- Se prepara el recibimiento del primer día. Se recibe a cada persona de modo acogedor para que perciba que existe cercanía e interés por ella. Él/la profesional de referencia inicialmente designado/a se encarga especialmente de la acogida de la persona, le informa y le apoya en lo que vaya necesitando para que la persona tenga control sobre lo que suceda y así evitar sucesos que le puedan generar ansiedad, adaptando de manera flexible las normas de convivencia a los ritmos y a las rutinas y actividades gratificantes que las personas venían realizando.
- Se anima a que la persona traiga objetos propios significativos. Se pregunta a cada persona cómo quiere ser llamada y cómo desea ser presentada a los demás.
- Se entiende las conductas complejas como necesidades emocionales de las personas.
- Se facilita que la familia este muy presente y colabore en estos primeros días. Se escucha e informa a la familia para ir creando una buena comunicación y generando una relación de confianza.

18. Respeto a las preferencias en los cuidados personales y en la vida cotidiana

Descriptores bp

- Se observa y se tiene en cuenta el ritmo y las preferencias de la persona en los cuidados personales (modo de ser despertada, rutinas para acostarse, modo de aseo y baño, etc.).
- Se procura llegar a acuerdos sobre las preferencias más complicadas (por ejemplo cuando la persona no quiere ser aseada por profesionales de sexo diferente al suyo).
- Se observa y conoce lo que a cada persona le producen ansiedad o les generan rechazo y se procura evitarlo.
- Si no es posible seguir sus preferencias, se explica con cordialidad las razones que lo impiden.



19. Cuidado de la imagen personal

Descriptor bp

- Las personas mantienen un aspecto cuidado y aseado. Si es preciso realizar adaptaciones en la ropa se explican las razones y se intenta que estos cambios no modifiquen su estilo e imagen personal.
- Se estimula el uso de detalles especiales o complementos que den un estilo propio a la persona.
- Las sugerencias de cambios que puedan mejorar la imagen de la persona se llevan a cabo solo si la persona lo acepta de buen grado.
- Se pone especial cuidado en preservar la identidad y una imagen cuidada de las persona con deterioro cognitivo, preguntando a su familia, teniendo en cuenta su biografía, costumbres y preferencias.

20. Contenciones físicas

Descriptor bp

- No se utilizan indiscriminadamente las contenciones físicas. Se analiza su uso y si resultan restrictivas para la libertad de la persona.
- Se aplican como medida cuando otras opciones no han funcionado.
- Las contenciones se aplican tras una valoración individual por parte del equipo multidisciplinar y son prescritas por un facultativo. Se revisa su indicación de forma periódica.
- Se informa a la persona o a su representante sobre las razones de estas medidas, sobre cómo van a ser aplicadas y se recaba por escrito su consentimiento.

21. Contenciones farmacológicas

Descriptor bp

- Si es necesario el uso de psicofármacos se valoran y proponen junto con alternativas y medidas no farmacológicas.
- Las contenciones farmacológicas se aplican por prescripción médica, abordando cada caso siempre de forma individual y con la correspondiente supervisión.

22. Flexibilidad y no demora en ir al baño y atención a la incontinencia

Descriptor bp

- Cuando las personas solicitan ir al baño o tienen un episodio de incontinencia se les atiende lo antes posible, se evitan las esperas.
- Los horarios para ir al baño o cambiar los absorbentes siguen pautas personalizadas.
- Se procura que las personas no sientan apuro en pedir ayuda. Se pregunta, con discreción, cuando se intuye que la persona puede tener necesidad de acudir al servicio.

23. Atención integral en el final de la vida



Descriptores bp

- La persona es atendida de un modo personalizado procurando su autonomía, independencia y bienestar hasta el final.
- Tiene la atención sanitaria que precisa y se atiende de forma especial el control del dolor.
- Las personas solo son trasladadas al hospital cuando la situación así lo requiere y con el consenso de la persona/familia.
- La persona recibe atención a sus necesidades psicológicas, sociales y espirituales.
- Se presta una especial atención al cumplimiento de últimos deseos y voluntades.
- Se incluye la atención y apoyo a las familias en este proceso, facilitando su despedida y dando apoyo tras el fallecimiento.
- Se mantiene una actitud de escucha y cercanía, siendo capaces de flexibilizar normas y rutinas.



COMPONENTE V. INTIMIDAD

Definición

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

Criterios para desarrollar este componente:

- ◆ Proteger la intimidad corporal
- ◆ Dispensar un trato cálido ante las situaciones de especial vulnerabilidad
- ◆ Salvaguardar la confidencialidad de la información personal
- ◆ Respetar a la vida afectiva y sexual

ACCIONES CLAVE Y DESCRIPTORES DE BUENA PRAXIS

24. Protección de la privacidad en los cuidados corporales

Descriptor de bp

- Se toman medidas para evitar que otras personas vean a las personas cuando se les asea, se les viste o en su arreglo personal (no hacerlo delante de otras personas, cerrar puertas, utilizar cortinas, etc.).
- Solo están presentes las personas necesarias para dispensar la atención.
- En el comedor se facilitan espacios discretos para las personas que tienen dificultades para comer.
- No se realizan curas o atenciones corporales (por ejemplo, cortar uñas) en espacios comunes.

25. Privacidad en las habitaciones

Descriptor de bp

- Las habitaciones son espacios privados y las personas pueden acceder a ellas cuando desean.
- Las habitaciones compartidas tienen alternativas que permiten un espacio propio íntimo.
- Las personas con competencia para ello tienen llave de su habitación.
- Se respeta la actividad privada en las habitaciones.

26. Confidencialidad de la información personal

Descriptor de bp

- Los/as profesionales guardan discreción y reserva sobre la información personal de quienes cuidan y de sus familias.
- Está definido el círculo de confidencialidad para la atención a las personas y también la información que es preciso compartir para su correcta atención. Las personas son informadas sobre que profesionales acceden a esa información y con qué finalidad. Cuando la información debe ser trasladada a personas ajenas al círculo de confidencialidad se pide el consentimiento a las personas implicadas.
- La información personal está custodiada y protegida de quienes no están autorizados a su acceso. Se cumple con la obligación de secreto sobre la información personal.



- Está definido el círculo de confidencialidad para la atención a las personas y también la información que es preciso compartir para su correcta atención.
- Las personas son informadas sobre que profesionales acceden a esa información y con qué finalidad.
- Cuando la información debe ser trasladada a personas ajenas al círculo de confidencialidad se pide el consentimiento a las personas implicadas.
- La información personal está custodiada y protegida de quienes no están autorizados a su acceso. Se cumple con la obligación de secreto sobre la información personal.

27. Respeto a las relaciones afectivas y expresiones sexuales

Descriptor de bp

- Las personas pueden mantener relaciones afectivas y sexuales en privacidad. En los centros residenciales existen habitaciones individuales suficientes o espacios que lo permiten.
- Se apoya la existencia de relaciones afectivas desde el respeto (sin represión ni bromas) y guardando discreción.
- El centro mantiene una política explícita de respeto a las distintas opciones y orientaciones sexuales.
- En las residencias, se permite que nuevas parejas compartan habitación.
- Se protege a las personas de extorsiones y abusos por parte de otros, prestando especial atención a quienes tienen deterioro cognitivo.
- En casos de personas con deterioro cognitivo que expresan deseos sexuales se analiza siempre la situación individualmente poniendo en foco en el bienestar de la persona, no se reprime ni se prohíbe esta opción de entrada por su estado mental.

28. Protección de la privacidad y la confidencialidad en las relaciones sociales

Descriptor de bp

- Se trata con respeto, discreción y confidencialidad las relaciones sociales y afectivas que mantienen las personas.
- Las personas pueden recibir visitas y mantener conversaciones en espacios privados, sin que les oigan otras personas.
- La información sobre las familias y su relación con las personas se trata con respeto y se preserva su confidencialidad.



3.2 Dimensión 2: Entorno facilitador

Esta segunda dimensión incorpora los otros cinco componentes del modelo, entendidos como elementos del entorno de cuidados que facilitan la aplicación de una atención centrada en la persona.

Al igual que en la primera dimensión se presentan los criterios que se consideran esenciales para conseguir progreso en este componente y las distintas acciones clave en la implementación de planes de mejora detalladas desde descriptores de buena praxis.

COMPONENTE VI. ACTIVIDAD COTIDIANA

Definición

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

Criterios para desarrollar este componente

- ◆ Potenciar actividades con sentido para las personas.
- ◆ Dejar espacio y tiempo a la actividad espontánea.
- ◆ Asegurar actividad adecuada para una edad adulta.
- ◆ Potenciar actividades que estimulen el contacto y la relación social.
- ◆ Interpretar la falta de actividad.

ACCIONES CLAVE Y DESCRIPTORES DE BUENA PRAXIS

29. Actividades personalizadas y significativas

Descriptores de bp

- Se anima y apoya que las personas realicen actividades de la vida cotidiana del centro.
- Se tienen en cuenta la biografía e intereses de las personas y se buscan actividades que tengan sentido para cada persona.
- Se huye de la uniformidad, no todos hacen lo mismo a las mismas horas.
- Se da importancia a las actividades espontáneas adaptándolas a los gustos de las personas.
- Se evitan los materiales, formatos y dinámicas infantiles en las actividades.
- Se proponen dinámicas que acerquen a las personas a su comunidad.
- Se realizan planificaciones temporalizadas que incluyan novedades para evitar la monotonía.

30. Actividades en las que puedan participar las personas con demencia

Descriptores de bp

- Se organizan y adaptan actividades que puedan realizar las personas con demencia, ajustando los objetivos de cada actividad a cada persona.



- Se da importancia al mantenimiento de habilidades existentes y al bienestar físico y emocional.
- Se busca que las personas con deterioro cognitivo severo se integren en las actividades. Se valora y refuerza su participación aunque sea de pequeñas cosas (participación pasiva: mirar, oler, tocar..., acciones muy concretas).

31. Fomento de la independencia en las actividades cotidianas

Descriptor de bp

- Se facilita que las personas hagan las cosas de forma independientes (aseo, vestido, arreglo personal, etc.). Se secuencian las actividades y tareas en pasos sucesivos y se buscan apoyos.
- Se coordinan las pautas entre todas las personas implicadas en el cuidado.
- Se favorece la independencia protegiendo la seguridad. Se cuenta con productos de apoyo y se utilizan de forma personalizada.



COMPONENTE VII. ESPACIO FÍSICO

Definición

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

Criterios para desarrollar este componente

- ◆ Propiciar un “ambiente hogareño”.
- ◆ Procurar un espacio que anime a la actividad y a la interacción social.
- ◆ Animar un diseño participativo del espacio para que quienes lo disfrutan lo sientan suyo y lo cuiden.

ACCIONES CLAVE Y DESCRIPTORES DE BUENA PRAXIS

32. Ambiente hogareño “no institucional”

Descriptores de bp

- El centro tiene un estilo hogareño que recuerda más a una casa que a un hospital o un hotel.
- Las personas conviven en unidades de funcionamiento independiente de capacidad reducida (no más de 20 personas).
- Los pasillos están decorados, son acogedores. No hay pasillos “ciegos” o se han transformado en rincones.
- Los grandes espacios comunes han sido subdivididos en áreas más pequeñas y acogedoras.
- Los baños están decorados y resultan acogedores.
- Los productos de apoyo y otros materiales de cuidados no están a la vista.
- Cada estancia está decorada de forma diferente.
- Las salas evitan la alineación “en fila” de los sillones.
- Se han eliminado los clásicos “controles sanitarios”.
- Los profesionales no se visten con uniformes ni usan batas sanitarias.
- Su ropa de trabajo busca la normalización y evita la distinción por categorías laborales.

33. Entorno significativo y estimulador de la actividad

Descriptores de bp

- El diseño y organización de los espacios favorece la actividad física y la relación sociales.
- Existen rincones con artículos significativos que evocan recuerdos y pueden ser usados.
- Los televisores están encendidos solo cuando alguien tiene interés y no de forma obligada para todos.
- Existen recorridos por dentro y fuera del centro que evitan la desorientación de las personas.



- La entrada de las habitaciones tiene objetos que las personas con deterioro cognitivo pueden reconocer.

34. Confort y estimulación sensorial

Descriptor de bp

- El centro tiene un aspecto agradable y confortable, con una iluminación cálida, suelos que eviten deslumbramientos y olores agradables.
- No hay ruidos molestos.
- Se pone música (no de forma permanente) del gusto de las personas.
- Hay plantas y flores y las personas pueden participar en su cuidado.
- El centro tiene espacios exteriores con jardín donde las personas pueden salir y disfrutar.

35. Habitaciones, lugares de vida propios y personalizados

Descriptor de bp

- Las habitaciones reflejan claramente la vida y personalidad de quienes allí viven.
- Las personas pueden decorar a su gusto las habitaciones (muebles, objetos de decoración, enseres propios).
- Se evita que los artículos de higiene y productos de apoyo estén a la vista.
- Se evitan los cambios de habitación siempre que sea posible y estos han de ser aceptados por la persona.

36. Pertenencias y objetos significativos

Descriptor de bp

- Se estimula a que las personas en el ingreso al centro traigan objetos significativos. Se informe a la persona y familia la importancia de ello.
- Se procura que conserven y se rodeen de objetos significativos.
- Se utilizan estos objetos para comunicarse con las personas, para estimular la conversación con ellas o para abordar momentos de malestar (tristeza, desorientación, agitación).
- Las personas tienen acceso a sus pertenencias cuando quieren y las controlan.
- Quienes precisan de supervisión pueden tener contacto también con objetos significativos sin que exista riesgo y cuentan con apoyo para ello.

37. Entorno accesible, seguro y nuevas tecnologías

Descriptor de bp

- El centro es accesible para las personas que tienen una movilidad reducida o algún déficit sensorial.
- Las personas que tienen riesgo de caer cuentan con un acompañamiento para evitar riesgos. Existe un protocolo para la prevención de caídas y actuación ante las mismas.
- Se utilizan productos de apoyo para favorecer la independencia, seguridad y confortabilidad de las personas. Su utilización es siempre personalizada tras una valoración individual previa.



- El diseño está pensado para favorecer la orientación de las personas con deterioro cognitivo y cuenta con señalizadores que la favorecen.

38. Ambiente agradable en el comedor

Descriptor de bp

- La decoración del comedor transmite un clima hogareño y acogedor.
- Existen comedores descentralizados o si el comedor es general el espacio está compartimentado para evitar un aspecto “institucional”.
- Las mesas tienen una presentación cuidada (mantelerías, vajillas, detalles como flores, etc.).
- El ambiente es tranquilo y las personas comen y se relacionan con tranquilidad.



COMPONENTE VIII. FAMILIA Y AMISTADES

Definición

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

Criterios para desarrollar este componente

- ◆ Partir de la aceptación de los distintos modos de implicación y colaboración familiar.
- ◆ Apoyar y trabajar desde la cooperación en el cuidado.
- ◆ Apoyar que las familias y amistades perciban aceptación y se sientan a gusto.
- ◆ Buscar una relación personalizada.

ACCIONES CLAVE Y DESCRIPTORES DE BUENA PRAXIS

39. Relación y colaboración con las familias

Descriptor de bp

- Se procura una relación cercana con las familias, evitando que éstas se sientan juzgadas, culpabilizadas o inseguras. Se busca generar una relación de confianza.
- Se anima a que las familias estén presentes y participen en actividades y vida cotidiana del centro.
- Las familias reciben asesoramiento y formación.
- Las relaciones más difíciles se plantean como retos, desde la escucha, el diálogo y la búsqueda de acuerdos. Se evita la etiqueta de “familias conflictivas”.
- Las familias, si la persona mayor lo admite, tienen oportunidad de incorporarse activamente en el plan de atención de la persona y colaborar en algunos cuidados.
- El profesional de referencia se preocupa de mantener una comunicación fluida con las familias desde el principio.

40. Contacto con amistades

Descriptor de bp

- Se estimula que las personas mantengan contacto y vean a sus amistades.
- Se facilita que las personas hablen por teléfono, se comunicarse por correo, por Internet.

41. Visitas

Descriptor de bp

- El centro tiene un horario de visitas abierto pudiéndose al mismo durante todo el día.
- Es posible que los familiares y allegados acompañen y pasen la noche con la persona.
- Existen espacios para recibir visitas en privado.
- Es posible invitar a comer, merendar o cenar a familiares y amigos.



COMPONENTE IX. COMUNIDAD

Definición

Grado en que el centro estimula el contacto social, la presencia de personas de la comunidad en la vida cotidiana del centro y ofrecen apoyos para que las personas mayores puedan utilizar servicios, acudir a actividades del barrio y mantener relaciones sociales con personas de fuera del centro.

Criterios para desarrollar este componente

- ◆ Facilitar el contacto con la comunidad y el acceso a sus servicios
- ◆ Apoyar el contacto
- ◆ Fomentar la colaboración de voluntariado
- ◆ Mantener contacto y alianzas con grupos y asociaciones de la comunidad

ACCIONES CLAVE Y DESCRIPTORES DE BUENA PRAXIS

42. Cercanía a la comunidad

Descriptor de bp

- El centro está integrado en un barrio, cerca de servicios y lugares frecuentados (cafeterías, tiendas, farmacia, banco, parques, etc.).
- Se organizan en el centro actividades y eventos donde participan no solo familias sino también vecinos y organizaciones del barrio.
- El centro ofrece servicios que están abiertos a otras personas que no viven en el centro.
- Existe un servicio de transporte accesible a disposición de las personas usuarias para que puedan salir de casa o del centro y acceder a servicios y lugares del barrio.
- El centro o servicio colabora en la organización de actividades, foros y otros espacios de participación con otros recursos de la comunidad.

43. Voluntariado

Descriptor de bp

- Existe un voluntariado organizado que colabora con el centro o servicio participando en algunas actividades o tareas de acompañamiento.
- El voluntariado está formado y alineado con la filosofía ACP del centro.
- El voluntariado se coordina con familias y profesionales de modo que las actuaciones se complementan y son acordes a objetivos comunes.

44. Encuentro intergeneracional

Descriptor de bp

- Existen espacios de encuentro generacional programados con regularidad que permiten el contacto y convivencia de personas de diferentes edades.
- Existen programas de intercambio generacional que desde la continuidad buscan lograr un conocimiento mutuo, desterrar estereotipos sobre las distintas edades y establecer vínculos estables.



COMPONENTE X. ORGANIZACIÓN

Definición

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

Criterios para desarrollar este componente

- ◆ Liderar un desarrollo organizacional afín a la ACP.
- ◆ Apostar por un liderazgo transformacional y compartido.
- ◆ Asumir la enorme trascendencia de acompañar a los y las profesiones así como facilitar el trabajo en equipo.
- ◆ Tener claro que los criterios organizativos deben facilitar la atención personalizada.
- ◆ Introducir metodologías que faciliten la atención personalizada.
- ◆ Apostar por sistemas participativos en la planificación y evaluación contando con los distintos actores del cuidado (personas mayores, familias y profesionales).

ACCIONES CLAVE Y DESCRIPTORES DE BUENA PRAXIS

45. Valores, normas y cultura ACP

Descriptor de bp

- El enfoque de la ACP está presente en la misión, valores y visión del centro. Se plasma y concreta en la atención cotidiana y en las metodologías y soportes documentales utilizados por los profesionales.
- Existen una carta de derechos y deberes que es conocida y respetada por las personas usuarias, las familias y los profesionales.
- Las normas del centro son explícitas, están escritas y son accesibles y conocidas por todos. No restringen posibilidades de elección, son revisadas periódicamente, han sido consensuadas y son acordes al enfoque ACP.
- Se desarrollan acciones para sensibilizar y alinear a las personas mayores, las familias y los profesionales en la forma de entender la calidad de atención desde la ACP.
- Se difunde este modelo de atención, documentando y compartiendo nuestras experiencias y resultados.

46. Profesionales y equipos de trabajo

Descriptor de bp

- Se organiza el trabajo en función de las personas y no de las tareas. Los horarios de las distintas actividades y atenciones, si existen, no son rígidos, se adaptan en el día a día al estado y necesidades de las personas.
- Los profesionales desempeñan un rol de apoyo a las personas mayores desde el empoderamiento y el respeto a su singularidad.
- Los gerocultores/as mantienen cierta polivalencia siempre que exista capacidad para asumir las tareas.
- Existe un equipo técnico que da soporte a todo el centro o servicio.
- Existe un sistema de trabajo en equipo coordinado que funciona de forma eficiente.



47. Asignación estable de los/as gerocultores/as

Descriptorios de bp

- Los equipos de atención cotidiana son fijos en el cuidado de las personas. No hay un sistema de rotación entre plantas o unidades.

48. Profesional de referencia

Descriptorios de bp

- Cada persona mayor y familia tiene asignado un profesional de referencia que tiene a su cargo un grupo reducido de personas.
- Cumple funciones de apoyo, empatía, comunicación, observación de su bienestar, apoyo y seguimiento del plan de atención, coordinación con la familia y con el resto del equipo.
- Mantiene una actitud proactiva implicándose activamente en la búsqueda de soluciones.
- Está formado para el desempeño de sus cometidos.
- Se apoya en el equipo técnico cuando surgen dificultades.
- La persona mayor acepta y conoce a su profesional de referencia y tiene opción de cambio.

49. Formación, apoyo y puesta en valor de los/as profesionales

Descriptorios de bp

- Existe un procedimiento de acogida y formación al nuevo trabajador coherente con la filosofía y metodología de ACP.
- Existe un plan de formación continuada que incluye el desarrollo y mejora de competencias clave en ACP.
- Hay un método de acompañamiento que permite transferir los aprendizajes a los escenarios cotidianos de cuidados y atención.
- Se chequean las prácticas cotidianas y se reflexiona sobre su coherencia con los valores ACP.
- Cuando se producen quejas o sucesos no deseados, se lleva a cabo un proceso de análisis y apoyo a los equipos. Los profesionales cuentan con ayuda para mejorar la gestión de emociones y abordar las dificultades que se generan en las relaciones.
- La organización pone en valor a los distintos profesionales.

50. Evaluación y participación

Descriptorios de bp

- Las personas mayores y las familias tienen cauces para participar en el centro o servicio. Existe la posibilidad de exponer quejas y sugerencias.
- En los centros existe un sistema de participación mixta donde las personas mayores, las familias y los profesionales comparten y aúnan sus puntos de vista sobre asuntos relacionados con la mejora de la atención del centro.
- Existe un grupo promotor de la mejora asistencial y progreso en ACP y en el mismo se integran profesionales, personas mayores y familias.



- Existe un sistema de evaluación de periodicidad anual donde se contempla la mejora de la calidad de la atención incluyendo medidas de avance en ACP. En la evaluación participan las personas mayores, familias y profesionales. Se comunican los logros alcanzados así como las medidas próximas de mejora.



4/ La batería de instrumentos ACP-G para evaluar atención centrada en la persona en centros residenciales de personas mayores

La batería de instrumentos ACP-gerontología (gráfico nº 1) se ha creado para permitir evaluar el grado de implantación de este enfoque de atención en residencias de personas mayores.

Ofrece un conjunto de instrumentos que permiten medir en qué grado la atención que ofrece un centro que ofrece cuidados residenciales a personas mayores se orienta y aplica un enfoque de atención centrada en las persona. Los distintos instrumentos evalúan los diez componentes que propone el modelo ACP-gerontología, permitiendo comparar la perspectiva de los distintos actores del cuidado entre sí (personas mayores, familias, profesiones) así como con una evaluación externa.

Los distintos instrumentos han sido validados en población española, lo que permite obtener una visión global del grado de avance y aplicación efectiva de este enfoque en un centro residencial.

Los instrumentos pueden ser utilizados, según el objetivo que persiga la evaluación, de forma independiente.



Gráfico nº 1. Instrumentos de la batería ACP-gerontología



Estrategia evaluativa 1. Lo que opinan los principales actores del cuidado residencial

Se dirige a conocer la opinión de los principales actores del cuidado residencial (personas mayores, familiares, profesionales de atención directa y responsables del centro) y poder contrastar sus valoraciones sobre aspectos relevantes referidos al buen trato desde el marco de una atención centrada en las personas.

Para ello se han confeccionado y validado cuatro versiones de cuestionarios, todos ellos de sencilla y fácil aplicación:

- Cuestionario ACP-gerontología, versión profesionales.
- Cuestionario ACP-gerontología, versión personas mayores.
- Cuestionario ACP-gerontología, versión familias.
- Cuestionario ACP-gerontología, versión directores/as.

Los ítems de los cuatro cuestionarios corresponden con los 10 componentes del modelo ACP-gerontología, lo cual, además de conocer la opinión de los cuatro opinantes, permite comparar respuestas en relación a contenidos específicos.

Estrategia evaluativa 2. La revisión interna participativa por parte de los equipos de atención residencial

Su objetivo es guiar revisiones participativas internas de los equipos para generar reflexión sobre la atención dispensada e identificar áreas de mejora en el centro sobre los diez componentes que componen el modelo ACP-GERONTOLOGÍA.

Para ello se ha realizado una versión revisada del instrumento original Avanzar en AGCP (Martínez, 2013) reduciendo el número de acciones clave a revisar y ordenándolas según la estructura del modelo ACP-G en sus 10 componentes.

- Herramienta AVANZAR ACP-Gerontología (versión revisada 2018)

Estrategia evaluativa 3. La evaluación externa experta

Con esta tercera estrategia se pretende ofrecer una valoración externa realizada por expertos/as que dé cuenta del avance objetivo del progreso del centro en ACP en los diez componentes. Permite identificar logros y aspectos de mejora o avance pendientes.

El instrumento que se ha diseñado y validado para ello consta de un total de 50 indicadores.

- Instrumento de evaluación externa ACP-Gerontología (50 indicadores)



Estudios de validación realizados

La construcción y validación de las cuatro versiones del cuestionario así como la del instrumento de indicadores de evaluación externa se ha realizado en colaboración con el grupo de Investigación “Evaluación psicométrica” del Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo, cuyo director es el profesor y catedrático José Muñiz.

La validación de los cuestionarios se ha realizado en 40 centros residenciales de distintas comunidades españolas. La muestra finalmente obtenida ha estado compuesta por 636 Personas mayores, 743 Familias, 844 profesionales de atención directa y 40 directores/as.

La validación del instrumento de validación externa se ha realizado en 20 centros realizando una valoración independiente por dos evaluadores previamente formados.

Los resultados obtenidos en el estudio realizado (tabla nº 2 indican una propiedades psicométricas (fiabilidad y validez) excelentes en los distintos cuestionarios según criterios de la EFTA, así como una alta fiabilidad inter-jueces en el instrumento de evaluación externa. Estos datos avalan el uso de estos instrumentos tanto para la investigación como realizar evaluaciones de los servicios de una forma rigurosa.

	FIABILIDAD		VALIDEZ	
	Consistencia interna	Estabilidad temporal	Interna	Externa
ACP-g, Prof	$\alpha = .96$	$r = .88$	55% varianza	P-CAT $r = .76$ PDC $r = .74$
ACP-g, PMay	$\alpha = .93$	$r = .78$	43,5% varianza	
ACP-g, Fam	$\alpha = .96$	$r = .94$	57% varianza	

Tabla nº 2. Propiedades psicométricas de los cuestionarios ACP-G versión profesionales, personas mayores y familias



Componentes	CCI	Intervalo de confianza 95%	
		Li	Ls
1. Conocimiento	,993	,983	,997
2. Autonomía	,969	,922	,987
3. Comunicación	,892	,732	,957
4. Indivi/Bienestar	,908	,772	,963
5. Intimidad	,952	,882	,981
6. Actividad cotidiana	,986	,964	,994
7. Espacio físico	,972	,930	,989
8. Familia	,985	,962	,994
9. Comunidad	,966	,914	,986
10. Organización	,991	,977	,996

**Tabla nº 3. Instrumento de evaluación externa.
Correlación intra-clase para todos los jueces juntos**

Las condiciones de acceso a los diferentes instrumentos se pueden consultar en el siguiente enlace:

<http://www.acpgerontologia.com/condiciones%20uso%20bateria%20acpgerontologia.htm>



5/ Referencias

- Martínez, T. (2018). Person-centered care implementation and assessment in gerontological services: the PCC-gerontology model. *Health, Aging & End of Life*, 3, 9-33.
- Martínez, T. (2018). *Uso y utilidades de la herramienta para la revisión participativa AVANZAR-AGCP*. Serie Documentos Acpgerontologia, Nº 6.
- Martínez, T. (2017). Evaluación de los servicios gerontológicos: un nuevo modelo basado en la Atención Centrada en la Persona. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*, 31(3), 83-89.
- Martínez, T. (2013). *Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Marco y fases para liderar cambios. Manual y cuestionarios para la evaluación de residencias y centros de día*. Disponibles en www.acpgerontologia.com
- Martínez, T., Martínez-Loredo, V., Cuesta, M., & Muñiz, J. (2019). Assessment of Person-Centered Care in Gerontology Services: A new tool for healthcare professionals. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. doi: 10.1016/j.ijchp.2019.07.003.



6/ Agradecimientos

Quiero expresar mi agradecimiento a todos quienes han contribuido con gran implicación y generosidad en la creación de este modelo. Sin el apoyo de las distintas entidades, centros, responsables, profesionales, personas mayores y familias que han participado en las distintas tareas que ha llevado este largo proceso, no habría sido posible.

Quiero reconocer y agradecer a las siguientes instituciones, entidades, centros y personas:

▣ **Al grupo experto que participó en la validación de la estructura del modelo ACP-gerontología y en la definición de sus componentes.**

Javier Bendicho. Anna Bonafont. Penelope Castejón. Victor Dabbagh. Beatriz Díaz. Pura Díaz-Veiga. Marije Goikoetxea. Rosa Fraile. Miguel Leturia. Javier López. Elena López. Eloy Ortiz. Gema Pérez. Sacramento Pinazo. Pilar Rodríguez. Mariona Rustellet. Carla Sánchez. Mayte Sancho. Elisenda Serra. Antonio Valdenebro. Merce Vidal. Feliciano Villar. Javier Yanguas.

▣ **A los y las distintas responsables y profesionales de centros gerontológicos que han participado en validación de las acciones clave del modelo ACP-gerontología.**

Cristina Aguirre. Carmen Amer. Ana María Borge. José Luis Calle. Míriam Caro. Beatriz Díaz. Eva Enamorado. Eva Esparraguera. Carmen Fernández. Goretti Fernández. Jesús Patricio Fuentes. Isabel Fuentes. Natalia García. Víctor Manuel García. Miguel Leturia. Cristina López-Escobar. Mónica Martín. Elena Martínez. Ruth Mauleón. Ana Mediavilla. Lidia Molist. José Luis Oleiros. Eloy Ortiz. Vanesa Pallàs. Nuria Planaguma. Gemma Puig. Rebeca Rebolo. Isabel Salinas. Carla Sánchez. Carmen Sellán. Coloma Reynés. Elisenda Serra. Neus Serra. Olga Soler. José Luis Suárez. Cristina Teixidor. Susanna Torrà.

▣ **A las entidades, centros, responsables, profesionales, personas mayores y familias que han participado en la validación de los instrumentos de evaluación que integran la batería ACP-Gerontología.**

Aeroméica Canarias. Centros: Arucas, Fasnía, Ferminita Suárez, Guiomar, Santa Cruz, y Tenerife Norte.

Cáritas Española. Centros: El Buen Samaritano (Churriana-Málaga), Santa Teresa (Zaragoza). Juan Pablo II (Sigüenza-Guadalajara), San Agustín (Toro-Zamora), San Pablo (Córdoba).

Diputación provincial de Valladolid: Centros: Cardenal Marcelo.

Diputación provincial de Segovia. Centros: La Alameda, La Fuencisla.

Fundación Matía. Centros: Argixao, Bermingham, Fraisolo, Lamorous, Otezuri, Xara.

Fundación Valdegodos. Centros: Os Pinos, Quiroga, Ramirás, Viana, Virgen de los Milagros.

Gerencia de Servicios Sociales de la Junta Castilla y León. Centros: Los Royales (Soria) y Fuentes Blancas (Burgos).

Residencias de personas mayores:

ABAHAL (Luarca-Asturias)

Balbona (Siero-Asturias)

Cálida residencial (Siero-Asturias)

El Parador (Llanera-Asturias)

La Dehesa (Gijón-Asturias)

La Quinta (Llanes-Asturias)

La Rosaleda (Oviedo-Asturias)

Mensajeros de la Paz-Villaviciosa (Villaviciosa-Asturias)

Nuestra señora del Fresno (Langreo-Asturias)

Plaza Real (Gijón-Asturias)

Santa Paola (Toledo)

Sierra del Cuera (Llanes-Asturias)

Valle del Caudal (Mieres-Asturias)

- A Beatriz Díaz y a Carla Sánchez, por su colaboración en la validación del instrumento de evaluación externa que permite constatar la aplicación efectiva de la ACP según la propuesta teórica de este modelo.

