
**ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA: UNA NUEVA
TENDENCIA EN LA PROVISIÓN DE CUIDADOS**

PERSON-CENTERED CARE: A NEW TREND IN HEALTH CARE



**ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA
"CASA DE SALUD VALDECILLA"
GRADO EN ENFERMERÍA
TRABAJO FIN DE GRADO**

DIRECTORA: JOSEFINA GONZÁLEZ EXPÓSITO
AUTORA: VIRGINIA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ
CURSO ACADÉMICO 2016/2017

Índice

	Páginas
Resumen y palabras clave	2
1. Introducción.....	3
1.1 Objetivos generales y específicos.	
1.2. Metodología.	
1.3. Descripción breve de cada capítulo.	
2. Atención centrada en la persona (ACP).....	7
2.1 Definición de ACP	
2.2 Características de la ACP	
3. Desarrollo del modelo de ACP a nivel internacional.....	12
3.1 Situación en otros países	
3.2 Situación en España	
4. Implantación: herramientas y dificultades.....	15
5. Retos y propuestas. Resultados de proyectos que están en marcha en España.....	17
6. La ACP y la demencia.....	22
7. Conclusiones.....	24
8. Bibliografía.....	26
9. Anexos.....	30

RESUMEN

Cada vez vivimos más años y en muchas ocasiones no conseguimos mantener las capacidades que tenemos hasta el final de nuestra vida, es por ello por lo que el número de personas dependientes está aumentando día a día. No hay duda de que todas las personas somos únicas, por ello, es necesario desarrollar una forma de cuidado que proporcione individualidad y contemple la idea de que todos somos distintos, y por lo tanto, nuestras necesidades también lo son.

La atención centrada en la persona es un término reciente, en el cual se basan las nuevas estructuras destinadas al cuidado. El conocido como modelo Housing, se caracteriza por una serie de cambios en las residencias tradicionales, con el fin de proporcionar unos cuidados de calidad en los que participen los pacientes, las familias y los profesionales. La evolución y el desarrollo de este modelo avanzan de forma desigual en los países de la Unión Europea, EEUU y Canadá. En el caso de España, dentro de un contexto general de baja implantación del modelo, hay notables diferencias entre las diferentes Comunidades Autónomas.

Palabras clave: Dependencia; Atención integral; Residencias, Calidad de vida, Atención de enfermería.

ABSTRACT

We are increasingly living more years and we often fail to maintain the capabilities that we have until the end of our life, therefore the number of dependents is increasing day by day. There is no doubt that everyone is unique, therefore, it is necessary to develop a form of care to provide individuality and contemplate the idea that we are all different, and so are our needs.

The person-centred care, is a recent term which is based on the new structures designed for care. The model known as model Housing is characterized by a series of changes in the traditional residences, to provide a quality care involving patients, families and professionals. The evolution and development of this model are proceeding unevenly in countries of the European Union, United States and Canada. In the case of Spain, within a general context of low implementation of the model, there are notable differences between the different autonomous communities

Key Words: Dependency; Comprehensive Health Care; Housing for the elderly; Quality of life; Nursing care.

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se asiste a nivel mundial a un aumento del número de personas mayores. La esperanza de vida ha aumentado en las últimas décadas, llegando a situarse actualmente en 85.6 años en las mujeres y 80.1 en los hombres (1).

Los principales motivos de dicho incremento son el aumento de la cobertura sanitaria, las mejoras en investigación y desarrollo, los cambios en el estilo de vida, la alimentación y el ejercicio físico (2).

Este envejecimiento de la población lleva asociado un aumento de las enfermedades crónicas y de las situaciones de dependencia. A este hecho hay que añadir el fenómeno demográfico denominado “envejecimiento del envejecimiento”, que supone el aumento del grupo poblacional con edad superior a los 80 años que se ha duplicado en España en sólo veinte años.

Esta circunstancia está suponiendo un reto importante para los sistemas sanitarios y para la sociedad en general, la cual no está preparada para hacer frente a este cambio demográfico. A nivel institucional, se están desarrollando diferentes proyectos para atender a este grupo poblacional. En esta línea, en todas las comunidades autónomas se han elaborado planes estratégicos de abordaje de la cronicidad que intentan paliar las consecuencias de la misma. Por otro lado, el desarrollo de la Ley de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD) surge para dar respuesta al reto que supone la atención a este colectivo de población (3).

Tradicionalmente, la prestación de cuidados a estas personas era asumido por la familia, en especial por las mujeres. Los cambios en la estructura familiar, relacionados con la incorporación de la mujer al mercado laboral, han supuesto el desarrollo de diferentes recursos o alternativas que garanticen la cobertura de las necesidades derivadas de las situaciones de dependencia. En nuestra sociedad, cada vez hay más personas mayores necesitadas de cuidados, menos jóvenes que puedan encargarse de proporcionarlos, y consecuentemente, una continua proliferación de empresas o entidades dedicadas a la prestación de cuidados dirigidos a los mayores (centros de día, servicios de ayuda a domicilio, servicios de proximidad, voluntariado, residencias geriátricas).

Existe la percepción generalizada de que en la actualidad hay una inadecuación de los servicios de atención a las personas que precisan apoyos y atención de larga duración, tanto en lo relacionado con la financiación, la provisión y gestión de los servicios o el modelo de cuidados prestados (4).

Frente al enfoque tradicional centrado en los servicios, según el cual el usuario debe adaptarse a la oferta organizativa y a un modo de vida “institucional”, surge el modelo de atención centrada en la persona (ACP) que pone el foco en la persona como guía de actuación.

Partiendo de que nuestros mayores necesitan cuidados de calidad, la principal característica de este modelo es que dichos cuidados se centran en la persona. La individualización, la dignidad, el derecho a la autonomía, el fomento de la independencia y el respeto de los valores, preferencias y necesidades, son rasgos distintivos de este modelo de atención (5).

Atención centrada en la persona: Una nueva tendencia en la provisión de cuidados

El modelo de ACP o modelo Housing, implantado prácticamente en su totalidad en países como Reino Unido, Dinamarca, Noruega, Alemania o Suecia, tiene como principal objetivo “vivir fuera de casa, pero como en casa”. En las residencias en la que está implantado este tipo de cuidados, se reconoce la singularidad de cada persona, se protege la intimidad, se promueve la autonomía, se apoya y estimula la presencia de las familias y se favorece un ambiente hogareño.

La situación en nuestro país respecto a la ACP está poco desarrollada, aunque en el País Vasco y en Castilla y León, hay experiencias de aplicación de este modelo. A pesar de que el futuro en cuanto al modelo de prestación de cuidados va en esta línea, la mayor parte de las residencias que tenemos y ofrecemos a nuestros mayores, son residencias tradicionales que no cumplen con los requisitos necesarios para ofrecer este tipo de atención. Algunas características que deberían reunir las residencias para resultar atractivas a sus destinatarios, deducidas de diferentes resultados de investigación, son las relacionadas con la flexibilidad horaria, la disponibilidad de espacios personalizados, el coste asumible, la dedicación por parte de los trabajadores de tiempo para charlar o pasear, o la amplitud de horarios para las visitas, entre otras (6).

En el caso de España, dentro de un contexto general de baja implantación del modelo, hay notables diferencias entre las diferentes Comunidades Autónomas. Además, no sólo encontramos el modelo mencionado como única opción de proporcionar cuidados individualizados, también existen y se están poniendo en marcha otras alternativas de gran interés. Los pisos tutelados, por ejemplo, permiten ampliar el abanico de opciones a la hora de ofrecer cuidados de calidad profesionalizados (7).

Es importante tener en cuenta que, para conseguir el cambio, es necesario la participación de colectivos profesionales motivados, dispuestos a emprender el cambio, inicialmente en el objetivo y finalidad de su trabajo, y posteriormente en la metodología de éste y su estructura. Sin duda alguna, no podemos llevar a cabo este cambio tan drástico de manera radical y de un día para otro. Para ello es necesario sensibilizar a todas las personas implicadas en la prestación de cuidados, sobre todo al personal de atención directa, ya que es la clave del modelo. Se debe ofrecer formación y apoyo continuo para despejar dudas y vencer resistencias, implicando al personal en el cambio y haciéndoles partícipes del mismo (8).

Las expectativas de futuro se centran en pensar en nuevos alojamientos que reúnan las características del modelo, modificar las residencias existentes y prolongar que la persona permanezca el mayor tiempo posible en su casa (6).

El reto consiste en construir y aplicar nuevos modelos de atención, adaptando el enfoque a nuestra cultura y recursos disponibles.

Atención centrada en la persona: Una nueva tendencia en la provisión de cuidados

1.1 Objetivos generales y específicos

Objetivo general

- Revisar y realizar un análisis de los modelos de cuidado al paciente geriátrico, en concreto, del nuevo modelo conocido como ACP.

Objetivos específicos

- Hacer una revisión de bases teóricas de la ACP y sus características.
- Analizar la situación de nuestro país respecto al modelo ACP.
- Analizar y comparar la situación con otros países de la Unión Europea y EE. UU.
- Estudiar las dificultades existentes para la implantación del modelo.
- Introducir el nuevo método de cuidados (ACP) en la demencia.

1.2 Metodología

La estrategia de búsqueda bibliográfica llevada a cabo ha sido la investigación en las diferentes fuentes de información:

- Fundación Pilares para la autonomía personal.
- La extensa bibliografía de la autora D^a Teresa Martínez Rodríguez, que ha centrado su trabajo en el desarrollo y la investigación en este tema.
- La Fundación Matía.
- Asimismo, he utilizado las diferentes bases de datos proporcionadas por la Biblioteca de la Universidad de Cantabria (Fisterra, PubMed, Google Académico), ayudándome de la utilización de los Decs y Mesh.
- Finalmente, he consultado también sitios web de instituciones como la OMS, el Centro Nacional de Estadística o el Ministerio de Sanidad.

1.3 Descripción breve de cada capítulo

A continuación, se realiza una breve descripción de los capítulos que conforman esta revisión bibliográfica.

Capítulo 2: Definición de la ACP, y análisis de sus principales características.

Capítulo 3: En este capítulo se explica la situación de nuestro país respecto al desarrollo del nuevo modelo de cuidados. Se habla también del grado de implantación en el resto de países de la Unión Europea y EEUU, cuándo aparecieron y cuáles fueron los primeros pasos hasta llegar a la actualidad.

Capítulo 4: Se comentan las dificultades que existen en nuestro país a la hora de implantar el modelo de ACP. Los pasos que hay que seguir para conseguirlo y aquello que no podemos realizar por diferentes motivos.

Capítulo 5: En este capítulo se habla del futuro, los proyectos que están en marcha en nuestro país y los avances que se están llevando a cabo, para conseguir la implantación definitiva del modelo.

Capítulo 6: El último de los capítulos, se centra en la demencia y el modelo de ACP, describe brevemente como se actúa utilizando el modelo de cuidados explicado, en personas con esta enfermedad mental.

Por último, el apartado de las conclusiones, en el que se realiza una reflexión global sobre todo lo anterior.

2. ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

2.1 Definición de ACP

A pesar de existir varias definiciones sobre la ACP, todas ellas coinciden de una manera u otra en tres aspectos y pilares fundamentales del modelo: mantener un continuo respeto al paciente en cuanto a sus valores, tener siempre en cuenta sus preferencias y actuar en base a las necesidades expresadas (9). Cribb identifica tres componentes en la definición de ACP: la singularidad de los usuarios, el enfoque holístico que contempla variables personales, sociales y ambientales y el reconocimiento de la autonomía, es decir el respeto a las personas y a su capacidad para decidir (10).

En definitiva, la ACP es el modelo de cuidados que todos buscamos para nosotros mismos, nuestros familiares y amigos.

El valor de la ACP contempla dos dimensiones diferenciadas, la atención a las personas y el entorno positivo. A su vez, ambas dimensiones se despliegan en un total de 10 componentes.

Dimensiones	Componentes
Atención a las personas	Conocimiento de la persona Reconocimiento y respeto Promoción de la autonomía Trato personalizado Protección del bienestar físico Promoción de la independencia Protección de la intimidad
Entorno positivo	. . Espacio físico y ambiente significativo . Relaciones sociales . Organización amigable

Tabla 1 fuente: (Avanzar en AGCP- instrumento para la revisión participativa manual)

Atención centrada en la persona: Una nueva tendencia en la provisión de cuidados

La ACP sitúa al paciente como receptor de los cuidados, es el foco de atención. El objetivo de este tipo de atención es mejorar la calidad de vida y bienestar de la persona partiendo del respeto a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando a su vez con su participación y la de sus seres queridos. Es un proceso de continua escucha y aprendizaje por parte de todos los grupos que participan en el cuidado.

Se habla de la ACP, como una estrategia utilizada para conseguir y facilitar la atención personalizada, profesionalizada y resolutive respecto a las necesidades de dependencia (11).

La ACP y el modelo de cuidados basado en ésta, se sustenta en 7 principios fundamentales:

- **Principio de autonomía.** Haciendo referencia a los derechos fundamentales de las personas, con derecho a la propia toma de decisiones y al control de nuestra propia vida.
- **Principio de participación.** Este principio hace referencia a las diversas situaciones de fragilidad o dependencia que nos podemos encontrar, y pretende establecer el derecho a la continua participación en la vida cotidiana, al disfrute de las relaciones sociales. Este principio no solo va dirigido a los pacientes, sino también a las familias o allegados de estos, quienes también pueden estar presentes y ser partícipes en la toma de decisiones que afecten al desarrollo de la vida cotidiana.
- **Principio de integralidad.** Todos los seres humanos somos seres multidimensionales, por lo que los cuidados que recibimos deben de englobar aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
- **Principio de individualidad e intimidad.** Todos somos iguales en cuanto a derechos y deberes, pero cada uno somos diferentes del resto en cuanto a necesidad, preferencias. Es necesario que, a pesar de no vivir en sus casas, las personas que se encuentren en residencias, pisos tutelados, etc. gocen de una adecuada intimidad y privacidad.
- **Principio de integración social.** Los seres humanos somos seres sociables por naturaleza, lo que explica que, a pesar de estar incapacitados, frágiles o en situación de dependencia debemos de preservar las relaciones sociales.
- **Principio de independencia y bienestar.** Todos los residentes han de tener acceso a programas informativos-formativos dirigidos a la prevención o agravamiento de la dependencia, mejora de su bienestar y promoción de su autonomía.
- **Principio de continuidad de cuidados.** Todas las personas que se encuentren en un centro por situación de fragilidad o dependencia tienen derecho a recibir unos cuidados continuados y de calidad, que se adapten a las circunstancias y características de cada momento (6).

2.2 Características de la ACP

La ACP es aquella que tiene como objetivo principal mejorar todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto a su dignidad y derechos, teniendo en cuenta sus preferencias e intereses y contando con su participación.

Uno de los puntos clave de la ACP, es el mantenimiento de las habilidades y capacidades que las personas tienen, se centra en conservar las actividades que aún pueden realizar e intenta reforzarlas para no perderlas (11).



Figura 1 fuente: (Fundación Matia)

Con este objetivo, el modelo propone cambiar ciertos aspectos del modelo actual. Tenemos que llevar a cabo cambios en el entorno, en el rol profesional y en la relación profesional-paciente.

1. En cuanto a los cambios en el entorno, para poder implantar la ACP de manera correcta, se precisa de espacios comunes e individuales. Respecto a los espacios comunes, hablamos de zonas de cocina y comedor, salas de estar para realizar actividades grupales, y zonas ajardinadas o espacios exteriores porque mejoran el bienestar psicológico, disminuyen el estrés y la percepción dolorosa. En cuanto a los espacios individuales o reducidos se encuentran las habitaciones compartidas o individuales y en las que deberá haber baño propio. Dichas habitaciones al igual que el resto de espacios, pero en éstas con mayor importancia, podrán ser personalizadas por el usuario para proporcionar un ambiente más hogareño (12).
2. Es necesario asimismo establecer nuevos roles y equipos de atención. Un concepto básico y fundamental para la ACP, es que los profesionales ya no deciden solos la manera de actuar, el

Atención centrada en la persona: Una nueva tendencia en la provisión de cuidados

apoyo que deben proporcionar es un apoyo “horizontal”, en el cual el propio paciente adquiere un papel central y activo. Dado que, con la ACP, se pretende mantener y promover las capacidades tanto funcionales como cognitivas del paciente, es aquí donde el profesional tiene que actuar apoyando su autodeterminación. Los profesionales implicados en la provisión de cuidados tienen que tener un papel facilitador, motivador y proveedor de apoyos.

Es importante la organización de los equipos profesionales. Para ello necesitamos establecer una relación entre el equipo de apoyo (gerocultores, auxiliares de enfermería, cuidadores) con el equipo técnico (médicos/as, enfermeros/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales.) (13).

Los profesionales también deben de ser el punto de unión entre el paciente y su familia. Se debe proporcionar cercanía y permitir la cooperación, pero sin olvidar que nuestro punto central es el paciente.

Como figura clave y fundamental en este modelo de cuidados, se encuentra el profesional de referencia. Las funciones de este se agrupan en la relación con los tres grupos implicados de manera directa en el cuidado, el usuario, la familia y el equipo técnico (14).

3. Por último, acerca de la relación profesional-paciente, cabe señalar que los profesionales adquieren un papel muy importante en cuanto a la preservación de las preferencias y proyectos de vida de los pacientes, con el deber de apoyarles y facilitarles la autodeterminación como ser único.

Para lograr un cuidado efectivo y participativo por ambas partes, se necesita un lenguaje claro y familiar, con ello se conseguirá una mejor comunicación con el paciente y una mejora en los cuidados.

En definitiva, la ACP es un tipo de atención muy diferente a la atención que se proporciona actualmente en las residencias de personas mayores, sus características están muy alejadas de lo que suele observarse en el modelo tradicional de cuidados

Atención centrada en la persona: Una nueva tendencia en la provisión de cuidados

Modelo centrado en la persona	Modelo tradicional
Sitúan el foco en las capacidades de las personas	Se centran en los déficits y las limitaciones de las personas
Su intervención es un plan de vida	Su intervención se centra en la patología o conductas determinadas
Las decisiones se llevan a cabo de manera conjunta (usuario, familia, amigos...)	Las decisiones en cuanto al cuidado las toman los profesionales sin tener en cuenta al paciente.
Ven al usuario dentro de la comunidad y sociedad	Ven al usuario dentro de los servicios sociales y fuera de la comunidad.
Utilizan un lenguaje claro y familiar	Utilizan un lenguaje técnico
Responden a las necesidades individuales	Responden a las necesidades basándose en lo estándar
Se centran en la calidad de vida del usuario	Su objetivo principal, tener el mayor número de residentes para obtener un mayor beneficio económico
El ambiente es hogareño, el mobiliario, los colores, la decoración intenta parecerse lo más posible a una casa.	El ambiente es un ambiente triste, similar al de un hospital, la sensación que trasmite es de estar “encerrado”
Se trabaja con equipos multidisciplinares	El trabajo se lleva a cabo de manera interdisciplinar y estándar

Tabla 2 Fuente: (Tesis doctoral Teresa Martínez)

3. DESARROLLO DEL MODELO DE ACP A NIVEL INTERNACIONAL.

3.1 Situación en otros países

Los Países Nórdicos y Estados Unidos son los principales referentes en el modelo de ACP, si bien este modelo está en proceso de expansión en otros países como el Reino Unido, Australia, Francia y Holanda. Como ya se ha mencionado anteriormente, en España también se comienza a hablar y a poner en práctica el concepto de la ACP.

Países nórdicos

Fueron pioneros a lo largo de los años 60 en establecer un cambio de residencias tradicionales a residencias cuyo modelo de vivienda se sustentará en el apoyo al paciente.

El programa nacional “del millón de viviendas” creado en Suecia, sirvió de punto de partida para otros muchos proyectos como las “viviendas en grupo” con un máximo de 10-12 apartamentos de unos 30 m cada uno, con estancias comunes como cocina, jardín y sala de estar. La principal característica de este proyecto fue garantizar una atención las 24 horas del día, pero en espacios lo más parecidos posible a sus hogares.

Este tipo de asistencia se extiende por todos los países nórdicos. Dinamarca en el año 1987 prohibió la construcción de residencias tradicionales, poniendo así el énfasis en que el cuidado proporcionado hasta entonces no era del todo adecuado.



Complejo por el millón en Rinkeby al noroeste de Estocolmo.

Atención centrada en la persona: Una nueva tendencia en la provisión de cuidados

Estados Unidos

The Cultural Change Movement es un movimiento implantado en los años 80 en Estados Unidos, cuya finalidad es buscar un entorno óptimo para el paciente y en el que se pueda sentir como en casa. Dicho movimiento tuvo gran repercusión a la hora de elaborar los cambios propuestos en las residencias geriátricas.

En el año 1986 The Institute of Medicine (IOM) publicó el informe *“Improving the quality of care in nursing homes*, en el cual se intentó plasmar la idea original de ofrecer una atención de calidad en lugares lo más parecidos a sus hogares. (15)

Un año más tarde, en 1987, el Gobierno Federal aprobó la ley OBRA (*Omnibus Budget Reconciliation Act*) donde se implantó el modelo de ACP como principal cambio.

De 1990 en adelante, fueron apareciendo gran cantidad de iniciativas destinadas al cuidado de las personas mayores y diferentes proyectos englobados todos ellos en el *Household Model*, la alternativa Edén, las *Green houses* o el proyecto *Person First* entre otros.

Para finalizar el recorrido por EE. UU, cabe destacar la gran importancia y el valor del movimiento cultural *“Change”*, que abrió un camino en el mundo de los cuidados no solo en el país donde nació, sino en todo el mundo, debido a la influencia que EEUU tiene sobre el resto de los países.

En cuanto al resto de países, es importante mencionar que tanto Australia como Reino Unido, han realizado muchos esfuerzos para cambiar la situación presente en lo que atañe a las residencias y modelos de cuidados. Han llevado a cabo una serie de movimientos, mediante los cuales han conseguido entre otras cosas, la participación de los ámbitos no gubernamentales y algunas instituciones privadas.

Para concluir, podemos afirmar que el objetivo principal de todos ellos es conseguir implantar unos cuidados individualizados y de calidad en los que el usuario sea el protagonista, mantenga el control sobre los asuntos que le afectan, siga tomando sus propias decisiones y controlando su día a día. En definitiva, modelo de cuidados en los que la persona que los recibe sea el eje principal (9, 16).

3.2 Situación en España

En comparación con algunos países de la Unión Europea o EEUU, el enfoque que hemos descrito hasta ahora de la ACP tiene aún un escaso recorrido en España.

En los años 80, cuando el término ACP era aún desconocido en nuestro país, comenzó un cierto movimiento e interés sobre las nuevas formas de cuidado que estaban revolucionando los Países Bajos, donde la atención al paciente se centraba en la individualización y personalización.

A pesar de esta apertura de ideas y conceptos, no es hasta los años 90 cuando se empieza a ver iniciativas y cambios. En algunas CCAA como el País Vasco o la comunidad Valenciana, se comienza a apostar por alojamientos en lugar de las residencias tradicionales a las que estábamos acostumbrados hasta entonces, viviendas tuteladas o apartamentos para personas

Atención centrada en la persona: Una nueva tendencia en la provisión de cuidados

mayores, en los que se reside con familias. Uno de los principales inconvenientes de este tipo de alojamientos, era y es la limitación del tipo de personas que pueden beneficiarse de estos cuidados. Está destinado principalmente a personas mayores funcionalmente independientes, con capacidad para desempeñar las actividades básicas de la vida diaria. En el momento en el que estas personas cruzan la delgada línea que existe entre la independencia y dependencia, este tipo de alojamientos dejan de estar a su disposición.

A pesar de que muchas de las iniciativas que se comenzaron a tener en los años 80 y 90 no tuvieron el éxito esperado en su momento, actualmente se observa un creciente interés en este nuevo modelo de cuidados por parte del sector sociosanitario en conocer dichos cambios y poder llevarlos a cabo en un futuro no muy lejano.

En los últimos años ha surgido un importante número de publicaciones respecto a la nueva forma de cuidado, las cuales han tenido un papel muy relevante a la hora de llamar la atención de los profesionales sanitarios (7).

Como pionero en España, el proyecto llamado "*Etxean Ondo*" cuya traducción al castellano es, "*En casa bien*", comenzó en el año 2011 con el fin no solo de continuar y dar un pequeño empujón a la investigación sino también para aplicar de manera real un modelo de atención centrada en la persona en domicilios y centros de día.

Por un lado, el cambio que se pretende llevar a cabo en las residencias se basa en la reorganización general, cambios en el físico, cambios en el profesional y cambios en el propio paciente.

Además del País Vasco, Castilla y León lleva desde el año 2012 trabajando el modelo de ACP. Se pone en marcha el conocido modelo "*Mi casa*" a pesar de no ser hasta el año 2016 cuando se implanta en su totalidad.

Dentro de las características principales del proyecto, se encuentra la aparición de tres tipos de atención dependiendo de las necesidades de los usuarios. Por un lado, las unidades de convivencia, con un máximo de 16 plazas por cada una, de las cuales la mitad son habitaciones dobles y la otra mitad individuales. Las características de este tipo de alojamiento son similares a las de las residencias basadas en el modelo de ACP, cada habitación tendrá un baño propio, habrá zonas comunes como cocina, sala de estar y comedor y una zona ajardinada. En segundo lugar, centros de convalecencia, estancias temporales con atención sanitaria en centros residenciales hasta que los usuarios reciban el alta médica. El proyecto tiene 101 plazas de este tipo. Por último, los centros multiservicio, en los que se proporciona una atención a domicilio. Las personas siguen en su casa, pero por su situación necesitan apoyo para mantener su autonomía e integración social (17).

La comunidad de Catalunya está también iniciando un proceso de implantación del modelo de ACP en los centros gestionados por el Consorci d'Acció Social.

Actualmente, nos encontramos en un momento de desarrollo e investigación con el objetivo de implantar en nuestro sistema de cuidados un modelo de atención individualizado, único de cada paciente y teniendo a éste como centro de partida (18).

4.IMPLANTACIÓN: HERRAMIENTAS Y DIFICULTADES.

Introducir cambios de manera general, en la sociedad y en los estilos de vida de ésta, es prácticamente igual de complicado que intentar cambiar la forma de cuidados a la que estamos arraigados. Es por esto, por lo que se necesitan herramientas para facilitar el proceso, conseguir el objetivo y permitir que este avance de una manera óptima.

Está demostrado que, en todo proceso de cambio, existen unos elementos que facilitan el camino al éxito y en la implantación del modelo de ACP son varios.

Uno de los puntos claves para conseguir el cambio, es sensibilizar e informar en primer lugar a la propia organización, los profesionales, la administración y también a los usuarios y a sus familias.

Otra de las herramientas claves para la implantación del modelo, es la existencia de un liderazgo claro, que actúe como tal.

La evaluación y la revisión de la práctica cotidiana, saber cómo se hacen las cosas, el qué queremos cambiar, y el motivo. Es necesario también conocer previamente el impacto del cambio, cómo éste va a actuar sobre los tres principales pilares del modelo (el usuario, la familia, el profesional). Debemos de estudiar los pros y los contras del proyecto y saber qué queremos conservar del modelo tradicional y qué no.

Cada realidad es diferente, cada proyecto y modelo también, por lo que una ruta propia de mejora es imprescindible para poder individualizar cada centro, cada residencia. No todos tienen las mismas características ni cuentan con el mismo respaldo económico, por ello debemos de tener en cuenta este tipo de peculiaridades a la vez que implantamos la esencia del modelo en todos y cada uno de los centros.

Como en todo proceso, una vez llevados a cabo los cambios, es necesario la evaluación de estos para conocer los logros e identificar aquello que requieren mejora (18).

A su vez, encontramos una serie de dificultades que pueden comprometer el cambio.

La principal de las dificultades es la resistencia al cambio. En el mundo sanitario se llevan a cabo prácticas y actuaciones basadas en su “antigüedad”, esto se hace así porque siempre se ha hecho así. El paso del cuidado tradicional ofrecido desde que existe el término cuidar al modelo que se quiere implantar, centrado en la persona e individualizado, es complicado, ya que no sólo en los profesionales sanitarios, sino también en la sociedad, en las organizaciones y en la vida social hay un fuerte arraigo de lo que es costumbre, lo que genera una natural oposición al cambio.

Todos los cambios generan miedo, temores y dudas. Para poder evitar todo esto, es necesario planificar adecuadamente la implantación del modelo, con una serie de herramientas claras y resolutivas. El liderazgo es un punto clave para hacer desaparecer el miedo y las dudas, un líder debe de actuar como tal y encargarse de que su equipo se encuentre seguro, lo que repercutirá de manera positiva al cambio.

En lo que atañe a los cuidados como tal, encontramos dificultades en las prácticas y espacios que no protegen al paciente, su intimidad y sus derechos en totalidad. Debemos de ser

Atención centrada en la persona: Una nueva tendencia en la provisión de cuidados

conscientes de la carga de trabajo de los profesionales, de las condiciones de trabajo, y del ritmo de éste, todo esto no permite en la mayor parte de las ocasiones actuar según la mejor evidencia que existe, repercutiendo de manera negativa en el paciente.

La atención personalizada se ve afectada por la gran cantidad de procesos asistenciales uniformes, que no permiten la individualización.

Dejando a un lado la parte más teórica y centrada en el trabajo en sí, encontramos también ciertas dificultades a la hora de implantar el modelo de ACP y los cambios oportunos en la estructura y organización de las viviendas, residencias, pisos...

La importancia del entorno y los grandes cambios respecto al modelo anterior, dificultan su implantación. Es complicado conseguir muchos de los requisitos del modelo de ACP en cuanto a la estructura. Necesitamos un lugar amplio, grande y luminoso, con habitaciones individuales con baño propio, zonas ajardinadas...



(Fuente: Dos modelos de atención centrada en la persona, parecidos y diferentes.)

Además, necesitamos también un equipo de profesionales cualificados y preparados. El profesional es un punto clave en el cambio, y debe contar no sólo con una adecuada formación en los cuidados, sino también con habilidades comunicacionales y uno de los pilares fundamentales del paciente para su vida.

5. RETOS Y PROPUESTAS. RESULTADOS DE PROYECTOS QUE ESTÁN EN MARCHA.

Como se ha mencionado anteriormente, España está en una situación de implantación progresiva en cuanto al nuevo modelo de cuidado. Esto hace que sean numerosos los retos que aún se plantean.

Una forma de operativizar las actuaciones es definir la situación a la que queremos llegar, a través de unos objetivos generales y específicos.

Como objetivos generales podemos señalar los siguientes:

- Una sociedad sensibilizada, con una cultura de calidad en el cuidado y en los servicios gerontológicos.
- Generar más conocimiento, dar a ver y conocer el cambio que se quiere llevar a cabo, los motivos y las diferencias entre lo actual y lo que se quiere conseguir.
- Cambios en los servicios sociales, la gestión de recursos, las familias.
- Lograr la eficiencia del modelo y el mantenimiento y sostenibilidad del mismo.

Como objetivos específicos, el primero y fundamental, en el que se basa la ACP, es la creación de un nuevo rol profesional. La necesidad de establecer cambios en el equipo profesional, la manera de trabajar y el objetivo por el que se hace, es algo indispensable y un reto complejo para la implantación del nuevo modelo.

Además, son objetivos específicos de la atención individual:

- Cambio en la dependencia del usuario, conseguir que éste adquiera una mayor independencia.
- Mejorar su relación social con su familia, con el resto de usuarios y con los profesionales.
- Permitir al propio usuario gestionar su vida cotidiana según sus gustos y preferencias.
- Pasar de la heteronomía a autonomía en todo aquello que sea posible, manteniendo y reforzando las capacidades que mantienen.

Y respecto a la organización de los cuidados:

- Profesionales de referencia en el centro
- Implantación de intervenciones dirigidas a las familias
- Establecer un seguimiento y unas revisiones periódicas

Para lograr todos estos cambios se requiere un gran esfuerzo y dedicación, constancia e implicación, además de seguir aquellos pasos necesarios para la implantación del modelo de manera adecuada (19).

Atención centrada en la persona: Una nueva tendencia en la provisión de cuidados

Proyectos que están en marcha en España

Etxean Ondo, País Vasco

Un 20% de la población vasca tiene más de 65 años y se estima que en unos años esta cifra se acabará duplicándose. Este motivo, y el encabezamiento español del País Vasco en el cambio de modelo de cuidados, hace que se decida la elaboración del proyecto conocido como Etxean Ondo.

El proyecto se basa principalmente en dos ámbitos de cambio. La atención domiciliaria y el cambio de modelo en las residencias de mayores.

El ámbito de actuación comenzó en el año 2011. Se llevaron a cabo cinco proyectos piloto de la aplicación del modelo de atención integral en el domicilio en Donostia, Irún, Tolosa, Zorantz y Oirtzun.

Dos experiencias en atención centrada en la persona en una residencia y centro de día en Lamarous.

En los años 2012 y 2013 se continua con la experiencia en Bizkaia y Araba.

Los objetivos generales del proyecto son los mismos que los objetivos del nuevo método de cuidado. Dar a conocer el modelo y generar iniciativas de éste, así como proporcionar atención y cuidados a las personas dependientes y necesitadas de estos, bien en sus casas o en centros especializados.

Los objetivos del proyecto Etxean Ondo, se ajustan a lo que se describe en la ley 12/2008 de los servicios sociales del País Vasco, por lo que su elaboración se lleva a cabo sin impedimento alguno.

La metodología que se utiliza es la Investigación Acción-Participación (IAP), un proceso continuo que permite la evaluación de cada avance y paso que se realiza.

La planificación y aplicación participativa, para transformar la praxis y en ella las habituales relaciones asistenciales, es también un punto clave a la hora de la implantación del modelo.

Las fases del proyecto son:

- Delimitación de los territorios que van a participar y los que no
- Elaboración del diagnóstico de la situación de partida
- Redacción del modelo y el material disponible y necesario para llevarlo a cabo
- Diseño muestral y criterios de inclusión de los participantes
- Diseño del software de recogida de datos y tratamiento de esto
- Firma de acuerdos de los sectores implicados, servicios sociales de cada municipio
- Diseño y elaboración del proyecto
- Ejecución y seguimiento
- Evaluación

Atención centrada en la persona: Una nueva tendencia en la provisión de cuidados

Descripción general del proyecto

- Servicios de proximidad a domicilio
- Teleasistencia avanzada para riesgos en el hogar
- Accesibilidad en vivienda y entorno
- Programas específicos para jóvenes con discapacidad
- Programas específicos para las familias y cuidadores implicados (Programa Acompaña)
- Dinamización y participación social y ciudadana (promoción de la salud y prevención de dependencia) (20).

En Mi Casa, Castilla y León

La región de castilla y león es una de las más envejecidas no solo de España, sino también de Europa. Un 23% de la población tiene más de 65 años. El aumento de la esperanza de vida hace que el índice de sobre envejecimiento este aumentando, hasta esperarse que en el año 2020 sea un cuarto de la población mayor de 65 años.

Además, aproximadamente el 52% de la población de Castilla y León vive en ámbito rural, lo que hace mayor la necesidad de atención socio sanitaria. Ante esta situación se opta por implantar una serie de cambios dentro de los cuales está el potenciar los servicios profesionales de cuidado frente a los informales.

En el año 2012, se decide llevar a cabo varias medidas para poder solventar la situación que se prevé de cara al futuro de la sociedad y en concreto de las personas mayores. El punto clave de estas medidas, es la apuesta por la atención profesional, el papel tan importante que debe adquirir el profesional sanitario. La integración de la familia es otro de los puntos clave del proyecto. La participación y el compromiso que se les pide, además de la colaboración dentro de los cuidados.

En cuanto a las características, el proyecto opta por todas aquellas características propias del modelo housing en sí mismo.

Es importante mencionar, que el proyecto en mi casa no solo se centra en el cuidado en centros residenciales, también actúa en centros con servicios de estancias diurna, los conocidos como centros de día (21).

Madrid

El programa cuidamos contigo, pertenece a la fundación pilares, lleva dos años desarrollado en el ayuntamiento de Madrid y en enero de este mismo año ha comenzado en las provincias de Almoradí y Rojales (Alicante).

Este proyecto cuenta con el apoyo de la universidad de Alicante y con el de la sociedad de geriatría de Valencia. Su objetivo se fundamenta en el apoyo a las personas en situación de dependencia y fragilidad.

Pretende potenciar las capacidades de los usuarios, estimularlos a la participación y teniendo en cuenta sus preferencias y deseos.

Atención centrada en la persona: Una nueva tendencia en la provisión de cuidados

En resumen, el proyecto cuidamos contigo, aplica el modelo de atención integral y centrada en la persona en domicilios y entornos (22).

Andalucía

En Andalucía la consejería de igualdad y políticas sociales ha elaborado un plan de promoción personas y prevención de la dependencia.

Los objetivos de este plan son varios: Prevenir la dependencia, promover la autonomía personal, disminuir la prevalencia e incidencias de deficiencias y discapacidades (23).

Cataluña

En el año 2015 se crea el PIAISS, plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria, se encarga de elaborar un modelo de atención integrada social y sanitaria centrada en las personas en la comunidad de Cataluña.

El objetivo es promover la transformación del modelo de atención social y sanitario, la participación en el con el fin de garantizar una atención integrada y centrada en las personas (24).

Cantabria

En lo que atañe a nuestra comunidad, no podemos hablar de expectativas de futuro cercano en respecto al modelo explicado, pero si en cuanto a un término actual e innovador, conocido como cohousing.

Un grupo de personas ha puesto en marcha un proyecto cuyo fin es “construir” un hogar en el que pasar los últimos años de sus vidas.

La idea consiste en crear un complejo residencial en el que puedan convivir, tanto personas autónomas como personas necesitadas de ayuda o dependientes. En este proyecto, los propios usuarios son también los cooperantes, llevan a cabo todo esto sin ánimo de lucro y amparándose en la Ley de Cooperativas 27/1999, de 16 de julio y adaptada posteriormente a la Ley 6/2013, de 6 de noviembre, de Cooperativas de Cantabria.

El objetivo de este proyecto es muy diferente a los planteados hasta ahora, en este caso no se busca un complejo residencial como tal, más bien se busca una forma de vivir en comunidad y compañía, manteniendo la intimidad del hogar propio. Además, también buscan rodearse de gente con hábitos y costumbres similares y poder contar con todo tipo de servicios domésticos y asistenciales para poderlos utilizar cuando lo vayan precisando.

El lugar elegido para llevar a cabo el proyecto es un pueblo del municipio de Meruelo, ubicado en una zona accesible y que cuenta con todo tipo de servicios. Se encuentra a apenas 5 Km de la playa. El terreno tiene 70.000 m² y cuenta con capacidad para unos 250 residentes.

La estructura se dividirá en dos zonas o complejos:

Por un lado, la zona residencial para las personas autónomas, donde encontraremos unos chalets de unos 50 m², con una o dos habitaciones, cocina completa, salón, baño completo adaptado, amplio porche y jardín individual. Con servicio de teleasistencia inmediata las 24 horas del día, todos los días del año y conectado con los profesionales del Complejo.

Atención centrada en la persona: Una nueva tendencia en la provisión de cuidados

Y por otro, para los residentes que precisen una atención permanente y especializada las 24 horas, pequeñas **“unidades de convivencia”** con no más de 8-10 habitaciones diseñadas pensando en las limitaciones, de uso individual o para compartir con otra persona (opcionalmente), con baño completo adaptado y sala de estar, ubicado todo ello, por operatividad, en un mismo edificio, donde además dispondremos de espacios comunitarios propios para este colectivo. Al ser un espacio para personas con necesidades de ayuda, habrá que adaptarle a la normativa aplicada a cualquier tipo de **“residencia de mayores”** para personas dependientes.

Como método y forma de cuidado para este proyecto, se elige el modelo de ACP (25).



Fuente: Cohousing: Viviendas colaborativas para vivir la vejez de otra manera.

6. La ACP Y LA DEMENCIA

Según la OMS, se conoce como demencia a un síndrome que afecta principalmente a la memoria, al intelecto y a la capacidad de realizar actividades básicas de la vida diaria, además es frecuente que aparezcan alteraciones a nivel psicológico y conductual.

En el mundo aproximadamente hay unos 47 millones de personas con demencia, registrándose cada año 9,9 millones de casos nuevos. Dentro de los tipos de demencia, el Alzheimer es la demencia más habitual, acaparando un 60-70% de los casos.

El impacto que esta enfermedad mental tiene sobre las personas que la padecen, es físico, cognitivo, social y psicológico, además de afectar a la familia del enfermero de manera directa.

Esta enfermedad mental, es por tanto una de las principales causas de dependencia y discapacidad entre las personas mayores (26).

Aproximadamente tres cuartas partes de las personas que se encuentran en residencias padecen algún tipo de demencia (27).

La atención a personas con demencia en los centros residenciales ha seguido un modelo médico somático centrado en cubrir necesidades físicas y llevar a cabo el cuidado de manera estandarizada ayudándose de protocolos. Estudios recientes basados en la mejor evidencia han demostrado que este tipo de atención no beneficia al paciente en ningún aspecto de la salud, llegando incluso a ser perjudicial para él. Es por esto, por lo que la ACP es un punto clave en el cuidado de la persona con demencia, abarcando ésta no sólo un aspecto clínico sino también un aspecto sociocultural (28).

En la atención a las personas que tienen demencia, la ACP se aleja de los modelos paternalistas y de aquellos centrados en la enfermedad y los servicios.

Dementia Care Mapping (DCM) es un instrumento de observación que se utiliza para evaluar el desarrollo de prácticas asistenciales centradas en la persona, en centros para personas con demencia.

Se describen una serie de indicadores que nos aportan la información necesaria para llevar a cabo el cuidado óptimo, basado en la ACP.

1-Nivel de bienestar o malestar emocional del paciente. Para poder evaluar este aspecto, debemos de observar el estado de ánimo, las expresiones tanto verbales como no verbales y la implicación de la persona en el entorno que lo rodea.

2-Estudio de comportamiento, dentro del cual encontramos el estudio de la angustia, el nerviosismo, la agitación o la sensación de abandono en caso de que la hubiera.

3- Las relaciones sociales, entre los profesionales o el resto de residentes, el apego o el confort que se establece entre ellos es fundamental para la buena evolución.

Entre las actividades o intervenciones que se han de llevar a cabo en las personas con demencia para poder fomentar la atención centrada en la persona se encuentran, las actividades creativas como trabajos manuales, la musicoterapia o el arte. La estimulación sensorial, aromaterapia. La

Atención centrada en la persona: Una nueva tendencia en la provisión de cuidados

estimulación cognitiva, el uso terapéutico de muñecos, los programas intergeneracionales o la horticultura.

Desarrollar y llevar a cabo este tipo de cuidado en personas con demencia es una labor muy complicada debido a las grandes diferencias de formación entre los profesionales, la escasa experiencia y los pocos recursos de los que se disponen.

El papel del profesional en la atención centrada en la persona con demencia se puede resumir siguiendo el modelo VIPS. Este modelo está diseñado para facilitar el trabajo a los profesionales y acercar sus prácticas y técnicas al modelo de ACP (29), en este modelo se formula a ACP a través de cuatro componentes:

V- Valoración de la persona con demencia y de la persona a su cuidado

I - Trato individualizado

P- Perspectiva de la persona con demencia

S- Entorno social positivo donde la persona experimenta bienestar

Su modelo propone además indicadores que permiten evaluar la presencia de estos elementos en una organización asistencial (30).

Tras varias investigaciones y estudios acerca del tema, se proponen diversas estrategias para poder poner en marcha la ACP en personas con demencia.

Estas estrategias pueden coincidir en alguno de los casos con los principios fundamentales de la ACP, pero se intenta focalizar los objetivos del trabajo en las capacidades y necesidades de los enfermeros mentales.

El conocimiento de la historia de vida de la persona, su biografía, los distintos acontecimientos ocurridos en las diferentes etapas de su vida... hace que los cuidados prestados sean mucho más individualizados, el profesional debe conocer el punto de partida en cuanto a las capacidades de las personas con demencia, que podían hacer, que no, las capacidades que han perdido, las que mantienen y por lo tanto las que debemos de conservar.

Otro de los puntos clave del cuidado desde el modelo ACP, es la aplicación de estrategias no farmacológicas en personas con demencia que presentan trastornos conductuales, como agresividad o agitación. En estos pacientes, las terapias no farmacológicas como la musicoterapia, las terapias de estimulación, o incluso mantener una comunicación positiva, tratarles como personas y no como pacientes (31), han demostrado su efectividad.

Por eso, desde la visión de la ACP, hay un interés creciente en desarrollar este tipo de terapias alternativas, que buscan mejorar la calidad de vida de la persona, logrando el mayor bienestar posible y evitando que las personas queden aisladas o sean ignoradas.

Desde el enfoque de la ACP, las personas con demencia siguen teniendo dignidad, son únicas y tienen necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Son personas que siguen manteniendo capacidades que afloran si se les ofrecen los apoyos necesarios.

7. CONCLUSIONES

El objetivo principal del trabajo ha sido revisar y realizar un análisis de los modelos de cuidado al paciente geriátrico, en concreto del nuevo modelo de cuidado conocido como ACP.

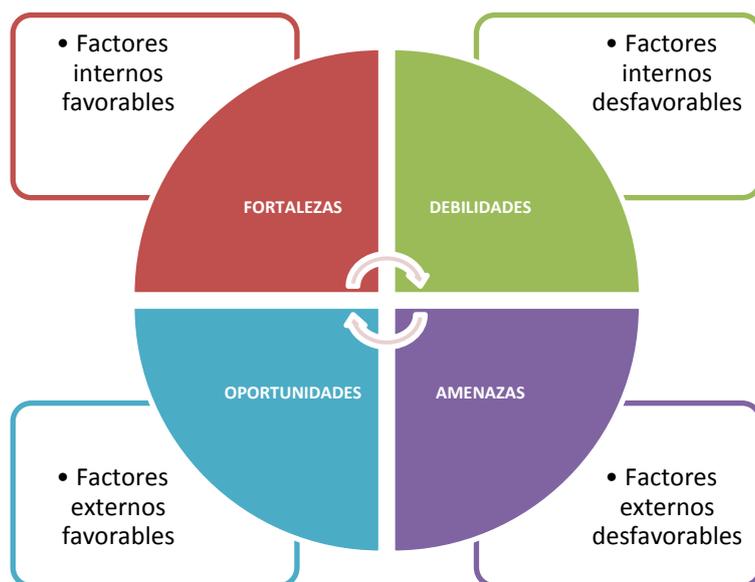
En relación con los objetivos específicos, hemos realizado un análisis del término ACP con sus correspondientes características, hemos estudiado las herramientas que facilitan la puesta en marcha del modelo y las dificultades que nos podemos encontrar. Asimismo, hemos comentado la evolución del modelo, sus orígenes y su implantación en diferentes países. Por último, hemos analizado los planes de futuro y la puesta en marcha de proyectos relacionados.

Tras el estudio y el análisis podemos asegurar la importancia del modelo de ACP en la sociedad actual, en la que el número de personas mayores y dependientes está creciendo y, por lo tanto, crece con ello la necesidad de cuidados profesionales.

Afirmamos que se trata de un modelo innovador, nuevo sobre todo para la cultura de nuestro país, y supone un cambio drástico y muy importante respecto a la forma de cuidado que hemos llevado hasta ahora. Se implanta un cuidado mucho más positivo y favorecedor para el paciente, cuyo único objetivo es ofrecer cuidados de calidad, haciéndole participe de todo lo que está relacionado con él y manteniendo las capacidades tanto físicas como intelectuales que posee, favoreciendo y fomentando la autonomía y la independencia, el mayor tiempo posible.

Este modelo de cuidado no sólo beneficia al paciente y receptor de cuidados, sino también al profesional que los proporciona y a las familias, que participan activamente en el cuidado de su familiar.

La herramienta de planificación DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades) puede ser útil para concretar la situación actual (31).



(Fuente: Elaboración propia)

Atención centrada en la persona: Una nueva tendencia en la provisión de cuidados

En el análisis interno, si bien depende esencialmente de cada organización o centro asistencial, podemos señalar como una fortaleza evidente la solidez del sistema público, cuando se plantea el modelo en los centros dependientes de la Administración y como debilidad, en todos los casos, las necesidades en inversión que deban realizarse.

El análisis externo parece señalar lo siguiente:

- La principal amenaza es la resistencia a la adopción del nuevo rol profesional. Es fundamental el cambio en la forma de trabajo de los profesionales, respecto a la atención convencional centrada en la institución. Los profesionales deben poseer unas aptitudes y unas actitudes acordes con los objetivos planteados, y su carencia supone un obstáculo probablemente insalvable para el desarrollo del modelo.
- Las oportunidades vienen dadas por el apoyo político, los cambios normativos y las experiencias de las Comunidades Autónomas de nuestro país, que supone una fuente de conocimiento enormemente útil.

El principal motivo por el que he realizado este trabajo es el interés que tenía acerca del concepto llamado housing, tras haberlo mencionado en la asignatura de enfermería del envejecimiento, me pareció un tema muy interesante y un modelo de cuidados muy necesario, teniendo en cuenta las características actuales de la sociedad.

Otro de los motivos que me llevó a realizarlo es la actualidad del tema. Es un concepto nuevo e innovador, desconocido para muchas personas, incluso las pertenecientes al ámbito sanitario. Esto también me ha supuesto ciertas dificultades a la hora de encontrar información. El ser un tema con poco recorrido hace que los estudios realizados hasta ahora sean escasos.

Este trabajo ha pretendido explicar el modelo de una manera sencilla y explícita, desarrollando el modelo seguido en las nuevas residencias o alojamientos, ACP, y proporcionando información acerca de los cambios que deben de llevarse a cabo, así como acerca de las complicaciones que pueden surgir.

Asimismo, se ha pretendido mostrar los proyectos en desarrollo en nuestro país en cuanto a este modelo centrado en la persona.

Gracias a la elaboración de este trabajo, he reflexionado mucho acerca de la labor tan importante que tiene la enfermería. Trabajamos con, por y para personas, por lo que debemos conseguir la mejor situación posible y proporcionar los mejores cuidados que estén en nuestras manos.

Envejecer es un proceso natural, todos pasamos por esta etapa de la vida. Si tenemos la fortuna de llegar, podemos hacer una reflexión acerca de cómo nos gustaría que nos trataran cuando nos encontremos en una situación de dependencia, cuando necesitemos de otra persona para poder vestirnos o comer, en definitiva, para poder vivir de una manera digna hasta el final de nuestra vida.

8. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Instituto Nacional de Estadística INE. [Página Web]. 2016. Disponible en: <http://www.ine.es/>.
- (2) La longevidad: un análisis de la esperanza de vida en España (1900-2050) (OMS la esperanza de vida ha aumentado en 5 años desde el año 2000 pero persisten las desigualdades sanitarias). (World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro [monografía en Internet]. Ginebra. WHO. Disponible en: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf.
- (3) Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE nº299,15 diciembre 2006.
- (4) Rodríguez Rodríguez P. La atención integral y centrada en la persona. Papeles de la Fundación Pilares para la Autonomía personal. Nº1, 2013.
- (5) Martínez Rodríguez T. Modelo de atención centrada en la persona, cuadernos prácticos. Cómo y dónde quiero que me cuiden. Nº 3.
- (6) Rodríguez Rodríguez P. Hacia un modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir. Fundación Pilares. 2011. Disponible en: http://www.fundacionpilares.org/docs/las_residencias_que_queremos.pdf.
- (7) Rodríguez T. La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. Sociedad y utopía, nº41. junio 2013.
- (8) Martínez T, Díaz-Veiga P, Sancho M y Rodríguez P. Modelo de Atención Centrada en la Persona. Cuadernos prácticos, nº 2. La atención centrada en la persona. ¿Cómo llevarla a la práctica? Fundación Matia. Julio 2015.
- (9) Martínez Rodríguez T. La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelo de atención y evaluación. Fundación pilares para la autonomía, nº3. 2016.
- (10) Cribb A. League tables, institutional success and professional ethics. Journal of Medical Ethics. 25 (5), 413-7.1999.
- (11) Martínez T, Díaz-Veiga P, Sancho M y Rodríguez P. Modelo de Atención Centrada en la Persona. Cuadernos prácticos, nº 1 ¿En qué consiste este modelo de atención? Fundación Matia. Julio 2015.

Atención centrada en la persona: Una nueva tendencia en la provisión de cuidados

- (12) Fuertes J. Tendencias de futuro en la atención residencial de personas mayores de la CA de Castilla y León.
- (13) Martínez T, Díaz-Veiga P, Sancho M y Rodríguez P. Modelo de Atención Centrada en la Persona. Cuadernos prácticos, nº 4. Profesionales nuevos roles y equipos de atención. Fundación Matia. Julio 2015.
- (14) Junta de Castilla y León. Nuevo modelo de atención residencial a personas mayores “En mi casa”. Disponible en:
<http://www.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100/1284257146354/ / />
- (15) Institute of Medicine (US) Committee on Nursing Home Regulation. Improving the Quality of Care in Nursing Homes. Washington (DC): National Academies Press (US); 1986. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK217556/> doi: 10.17226/646)
- (16) Shield Renée, R, Tyler D, Lepore M, Looze J, C Miller, S. “Would You Do That in Your Home?” Making Nursing Homes Home-like in Culture Change Implementation. 2014 Dec 2. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5363857/.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5363857/)
- (17) Decreto 2/2016, de 4 de febrero, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León nº 24 (5 de febrero de 2016)
- (18) Martínez Rodríguez, T. La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos. Fundación Caser para la dependencia.
- (19) Martínez Rodríguez, T. La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelos de atención e instrumentos de evaluación. Universidad de Oviedo 2015.
- (20) Rodríguez P, Martínez T. Proyecto piloto Etxean Ondo para mejorar la atención en domicilios y residencias y la inclusión y participación comunitaria de las personas mayores y las personas con discapacidad. Fundación Pilares, Gobierno Vasco. Disponible en:
<http://www.fundacionpilares.org/modeloyambiente/docs/RESUMENETXEANONDO.pdf>.
- (21) Servicios sociales de Castilla y León. Nuevo modelo de atención residencial a personas mayores “En mi casa” [sede web]. Junta de Castilla y León. 12 de enero de 2015, accedido el 6 de mayo de 2017. Disponible en:
<http://www.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100/1284257146354/ / />.

Atención centrada en la persona: Una nueva tendencia en la provisión de cuidados

- (22) García Mendoza, A. Cuidamos contigo, proyecto Chambería [sede web].Distrito Chamberí, Madrid: Buenas prácticas, modelo y ambiente; 11 de agosto de 2016, accedido 15 de mayo de 2017.Disponible en: <http://www.fundacionpilares.org/programas/cuidamos-contigo/index.php>.
- (23) Consejería de igualdad y políticas sociales. I plan andaluz de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia [sede web]. Sevilla: Junta de Andalucía; 2016, accedido el 10 de mayo de 2017. Disponible en: http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/docs/PIAISS_atencio_centrada_en_la_persona_201601.pdf.
- (24) Brisa del cantábrico, ciudad residencial [sede web]. 8 de febrero de 2013, accedido el 10 de mayo de 2017. Disponible en: <https://brisadelcantabrico.com/descripcion/residentes-con-necesidades/>
- (25) Organización mundial de la salud. La demencia. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>.
- (26) Rodríguez-Blázquez C, Martín-García S, Frades-Payo B, París S, Martínez-López I. Calidad de vida y estado de salud en personas mayores de 60 años con demencia institucionalizados. Rev. Esp. Salud Publica, vol.89 nº.1 Madrid; 2015. Disponible en: https://vpnuc.unican.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr_om/vol89/vol89_1/,DanaInfo=www.msssi.gob.es+RS891C_CRB.pdf.
- (27) Rodríguez-Martín B, Martínez-Andrés M, Notario-Pacheco B, Martínez-Vizcaíno V. Conceptualizaciones sobre la atención a personas con demencia en residencias de mayores. Cad. Saúde Pública vol.32 no.3 Rio de Janeiro 2016. Disponible en: https://vpnuc.unican.es/,DanaInfo=www.scielo.br+scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300712&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- (28) Brooker D. Atención centrada en la persona con demencia. Mejorando los recursos. Octaedro Psicoterapias. 2013.
- (29) Martínez Rodríguez T. Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Instrumento para la revisión participativa manual. 2013. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/acp/suorigenycorridorocs/laatencioncentradaenlapersonacondemencia.htm>
- (30) Rodríguez García MJ, González Pisano A, del Castillo Arévalo F. Análisis de situación y propuestas de intervención para reforzar el campo de acción de las Enfermeras Comunitarias. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013;1(2):51-61.

Atención centrada en la persona: Una nueva tendencia en la provisión de cuidados

- (31) Genua Goena, M. Matia Fundazioa “Modelo de atención centrada en la persona mayor frágil institucionalizada. Convenio de colaboración entre la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco y la Fundación Instituto Gerontológico Matia (Fundación Ingema). Disponible en:”
http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/proyecto_piloto_instituciones_memoria_final.pdf.

9. ANEXOS

Índice de tablas.	Página
Tabla 1: Dimensiones y componentes de la ACP.....	7
Tabla 2: Diferencias entre el modelo tradicional y el modelo de ACP.....	11